Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 lutego 1880. № 7. Rok XIX.

TREŚĆ: I. RYDYGIER. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r. — Wstęp. — II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech. PONIKŁO. IV. Suchoty i gruźlica (Dok.) — III. KROWCZYŃSKI. Leczenie wiewióra przewlekłego. (C d.) — IV *Oceny i sprawozdania*: JENNER. O leczeniu duru brusznego. Sprawozdanie Dra Ponikły. GUSSENBAUER. URBANTSCHITSCH. ZEISSL. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie.— VI. *Odcinek:* ROLLE. O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu. List II. (Dok.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Sprawozdanie z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera od 7 października 1878 r. do 1 stycznia 1880 r

Wstęp

napisał Dr. Rydygier.

Dziś kiedy większe i mniejsze zakłady pospieszają ze sprawozdaniami, byłoby zbytecznem usprawiedliwiać się, że podobną pracę podejmujemy. Z prac odnośnych specyjalnie chirurgicznych wymieniamy tylko Krönleina sprawozdanie z kliniki Langenbecka, *(die Langenbecksche Klinik und Poliklinik, Archiv. f. kl. Chir.* Tom XXI.), Schüllera *(die chir. Klinik zu Greifswald im J. 1876. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Tom VIII, IX i X) z kliniki Hüterowskiéj, Krabbela *(Arch. f. Kl. Chirurgie.* Tom XXIII, zeszyt 2, 3 i 4) z chirurgicznego oddziału szpitala kolońskiego, w końcu pomijając wiele innych, sprawozdanie Billrotha z kliniki zurychskiéj i wiedeńskiéj. Nie mało nas téż zachęciło do téj pracy obecnie drukujące się sprawozdanie z kliniki prof. Koreczyńskiego, w którém na wstępie tak dobitnie potrzebę i korzyści podobnych sprawozdań wykazano.

Pierwsze to sprawozdanie poprzedzimy króciuteńką wzmianką o urządzeniu naszego zakładu.

Nie chcąc porzucić razem z docenturą w Jenie ulubionego zatrudnienia chirurgicznego, otworzyłem swój zakład, któryby nie tylko leczeniu chirurgicznemu chorych służył, ale zarazem, i to głównie, dał nam sposobność do dalszego kształcenia chirurgicznego i pracowania samodzielnego na polu naukowém. O ile zakład zadaniu pierwszemu odpowiedział, wykaże obecne sprawozdanie, prace naukowo-eksperymentalne, które późniéj ogłosimy, dowiodą ostatniego.

Zakład zbudowany w systemie korytarzowym jest urządzony na 25—30 chorych. Na końcu korytarzy znajdują się łazienki i klozety. W całym domu zaprowadzone wodociągi i dzwonki pneumatyczne. Położenie zakładu piękne w niemałym nowozałożonym parku. Pomieszkanie nasze (kol. asystenta i moje) stanowi skrzydło gmachu głównego, tak że każdego czasu mają chorzy zapewnioną pomoc lekarską.

W osobném zabudowaniu znajduje się pokój eksperymentalny.

Statystykę zwykle na tém miejscu zestawianą opuszczamy dla zbyt małéj liczby obserwowanych przypadków.

Leczenie ran. Rozdział ten w ostatnich dziesiątkach lat najwięcéj bez wątpienia zajmował chirurgów. Obecnie większa część kolegów skłania się do leczenia ran Listerowskiego lub któréjkolwiek z licznych jego modyfikacyj.— Słusznie bowiem Billroth *(Chirurg. Klinik Wien* 1871—1876 pag. 21) powiada, że chcąc się dokładnie dowiedzieć, jakiéj prawdziwie który z chirurgów używa oprawy, musimy go się zapytać: *„wie machen Sie Ihren Lister-Verband?“* tyle bowiem odmian oprawy Listera istnieje! Każdy niemal chirurg wybrał sobie z niemało skomplikowanéj oprawy Listera to, co uważał za najpotrzebniejsze, nie jedno zmienił, nie jedno zupełnie porzucił; podobnie i my postąpiliśmy. Początkowo zakładaliśmy oprawę Listera ściśle podług jego przepisu, tylko zamiast drogiego makintoshu używaliśmy papieru pergaminowego, znacznie tańszego, a zastępującego zupełnie makintosh, bo tak samo zapobiega szybkiemu przesiąkaniu oprawy. Rany, po których spodziewaliśmy się znaczniejszéj wydzieliny, opatrywaliśmy gazą pokrajaną w strzępki i potarganą *(Krüllgaze)*, w taką bowiem więcéj wydzielin wsiąka, niż w gazę ułożoną w gładkie pokłady. Zresztą trzymaliśmy się ściśle przepisów Listera, a więc: oczyszczenie pola operacyjnego mydłem i ciepłą wodą (gdzie są włosy, wygolenie); obmycie 5% kwasem karbolowym; w tymże zamaczanie narzędzi; spray z 2% kwasem karbolowym, sączki zachowane w 5% roczynie; katgut lub karbolizowany jedwab do podwiązywania i szycia; protectiv-silk umaczany w karbolu; gazy kilka pokładów lub znaczną ilość potarganéj, na którą zawsze z 2 pokłady gładkiéj, papier pergaminowy umaczany w roztworze karbolowym, na to znowu ze 2 pokłady gładkiéj gazy; wreszcie przymocowanie szczelne całéj oprawy opaskami gazowemi umaczanemi w rozczynie karbolowym.

Powoli przyjęliśmy niektóre zmiany. Mianowicie zaczę-

liśmy używać gazy sporządzanéj w miejscowéj aptece sposobem Brunsa, opisanym na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie [1]). Zalety téj gazy są następujące: 1) Jest tańsza od gazy Listerowskiéj, metr kwadratowy kosztuje bowiem 13—21 fen. (5—12 cent.), odpowiednio do tego, czy lepszéj lub gorszéj gazy użyjemy. 2) Gaza ta świeżo zawsze w małych ilościach podług potrzeby przyrządzona, nie traci przez długie leżenie kwasu karbolowego, co zawsze po pewnym czasie ma miejsce z gazą Listerowską, choiażby najlepiéj zapakowaną. Dowodem tego oświadczenie Bardelebena podczas dyskusyi na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, podług którego w gazie Listera pół roku zachowanéj nie znaleziono ani śladu kwasu karbolowego. Ważna pod tym względem jest także rozprawka Kaufmanna *(Ueber den Carbolgehalt der Listerschen Verbandgaze. Centralblatt f. Chirurgie.* 1879, Nr. 50), który przywiózł ze sobą z Londynu gazę Listera pod jego dozorem przyrządzoną. Zarządzone przez prof. Nenckiego badanie chemiczne wykazało, że nominalnie 10% ta gaza zawierała tylko 0,91% kwasu karbolowego, mimo że bardzo troskliwie była opakowaną. Lister używa tylko świeżo przyrządzonéj gazy i wielce na to uważa. Pytanie tylko, czy gaza Listera, mająca mieć 10%, zawiera w ogóle tyle kwasu karbolowego, choćby zaraz po przyrządzeniu. Wątpliwość co do tego wyraził już Bardeleben na miejscu wspomnianém, wątpi o tém także Kaufmann, gaza Listera bywa bowiem przyrządzaną w kotle ogrzewanym. Kaufmann zauważył, że po otworzeniu kotła napełnia się cały pokój parą karbolową, ulatnia się jéj więc dużo jeszcze przed zapakowaniem. Gaza Brunsa przyrządza się zaś na zimno, nie ulatnia się więc tyle kwasu karbolowego. 3) Gaza Brunsa nie jest tak twardą i sztywną, jak Listerowska. 4) Nie powstaje tak często pod nią podrażnienie skóry, jak pod gazą Listera. Zmieniliśmy tu cokolwiek zdanie Brunsa. Ten bowiem stwierdził, że i na naide likatniejszéj skórze gaza jego nie wywołuje podrażnienia, a na dowód przytaczał doświadczenie z kliniki Tybingskiéj, w któréj podczas całego roku nie zauważano ani jednego przypadku podrażnienia skóry, nawet u dzieci. My także aż do ostatniego czasu ani jednego przypadku podrażnienia skóry nie widzieliśmy, dopiero przed kilku tygodniami wystąpił bardzo dokuczliwy rumień *(Erythema)* u pewnéj pani operowanéj na raka gruczołów szyjnych (por. poniżéj opis poszczególnych przypadków). 5) Przyrządzenie gazy Brunsa nadzwyczaj jest łatwém; daje on [2]) następujący przepis: Na 1 kilo gazy bierze się następującą mięszaninę: 400,0 miałko sproszkowanego kolofonium mięsza się z 2ma litrami spirytusu. Po 15—20 minutach rozpuszcza się kolofonium; trzeba ciągle mięszać. Potém dodaje się 100,0 kwasu karbolowego i 80,0 ol. Ricini i znowu się mięsza. (Zamiast ol. Ricini można wziąść 100,0 gliceryny lub 100,0 roztopionego stearynu; dodając stearynu trzeba rozczyn do 15° R. ogrzać, co jednak z przyczyn powyżéj wyłuszczonych się nie zaleca). W końcu napawa się gazę tym rozczynem w następujący sposób: W dość wielkiém naczyniu układa się potarganą gazę i na nią wylewa się rozczyn, który szybko w nią wsiąka, potém wyżyma się ją celem równego napojenia po kilka razy od końca do końca, a nareszcie rozwiesza się i suszy, w lecie na powietrzu potrzeba 5, zimą w ciepłym pokoju 10—15 minut. Opakować można gazę tę w sposób podobny do Listerowskiego lub téż w puszki blaszane.

Podaliśmy tak dokładnie sposób przyrządzenia gazy podług Brunsa, ponieważ poznaliśmy zalety jéj i nigdy nie wrócimy do fabrycznéj Listerowskiéj. W przyszłym roku mamy zamiar w niektórych przypadkach wypróbować juty napojonéj chlorkiem zynku sposobem Bardelebena. Na ostatnim Zjeździe *(Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. VIII Congress* i sprawozdanie nasze w Przeglądzie Lek.) Bardeleben nadzwyczaj zachwalał jutę napojoną chlorkiem zynku, a mianowicie z następujących przyczyn:

1) Jest nadzwyczaj tania: oprawa potrzebna na ranę po wyłuszczeniu uda ma tylko 20 fen. (10 cent.) kosztować.

2) Przymiotu gryzącego chlorku zynku nie potrzebujemy się obawiać. Bardeleben opatrywał setki ran jutą napojoną chlorkiem zynku a nigdy nie widział nieprzyjemnych pobocznych skutków. Tłumaczy on to spostrzeżenie tém, że zanim chlorek zynku z juty się wypłucze i dostanie się do rany, musi się zmięszać z wydzielinami, więc nigdy w tym procencie do rany nie dochodzi, w jakim jest w jucie zawarty.

3) Przysposobienie i zachowanie juty chlorkiem zynku napojonéj jest bardzo łatwe, można ją w każdym szpitalu bez osobnych urządzeń przygotować: Rozpuszcza się 100,0 chlorku z. w 1000,0 ciepłéj lub nawet zimnéj wody bez wszelkiego dodatku, aptekarze zwykle lubią dodawać kwasu solnego, co nie jest tu dozwoloném, bo niszczy włókna juty; macza się w tym rozczynie 1000,0 juty i dopóty mięsza się i ugniata, dopóki rozczyn nie wsiąknie, nareszcie suszy się na słońcu lub przy piecu. Przechowanie zaś nie wymaga żadnych zabiegów, ponieważ chlorek zynku się nie ulatnia. Widziałem ogromne stosy juty chlorkiem zynku napojonéj na stołach w klinice Bardelebena, a podług niego nic to nie szkodzi, można ją téż w beczki popakować lub w pudła lub w jakiekolwiek inne naczynia. Początkowo obawiał się Bardeleben, że nie będzie można juty chlorkiem zynku napojonéj sucho utrzymać, boć znana jest hygroskopijność chlorku zynku. Próżną atoli okazała się ta obawa, juta zdaje się tak dobrze pochłania chlorek zynku, że w tym stanie traci swą hygroskopijność. Juta chlorkiem zynku napojona daje podług naszego zdania sposobność do stósowania oprawy przeciwgnilnéj nawet w szpitalach źle uposażonych, bo wcale nie jest droższą, albo tylko nieznacznie od skubanki.

Jeżeli nadto zważymy najnowsze badania Dra Hacka *(Ueber das Resorptionsvermögen granulirender Flächen. Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Tom XII, zeszyt III, pag. 225) nad warunkami wchłaniania powierzchni ziarniną pokrytéj, które wykazały, że ziarnina powstała pod strupem chlorko-zynkowym najmniéj jest skłonną do wchłaniania, natenczas jucie chlorkiem zynku napojonéj przyznać musimy niepośledne miejsce pomiędzy oprawami przeciwgnilnemi. Nie wynika ztąd, żebyśmy mieli zamiar odtąd wyłącznie używać téj oprawy; przeciwnie i nadal przeważnie zatrzymamy gazę Brunsa, ale w niektórych przypadkach, mianowicie tam, gdzie wystąpi karbolowe zatrucie, bez obawy zamienimy karbolową gazę na jutę chlorkiem zynku napojoną. Daléj wszędzie, gdzie dotychczas dla szczelniejszego zamknięcia oprawy po końcach używaliśmy salicylowéj juty, zastąpimy ją jutą chlorkiem zynku napojoną.

Z chorób przyrannych postrzegaliśmy tylko 2 przypadki posocznico-ropnicy *(Septopyohaemia)*; z tych pierwszy przypadek już zakażony do zakładu przyjęliśmy.

[1]) Patrz świeżo wydane „*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. VIII Congress.* i Sprawozdanie w Przeglądzie Lek.

[2]) W naszém sprawozdaniu podaliśmy tylko przyrządzanie gazy Brunsa z ekstraktu jego, jako głównie do celów wojennych przeznaczone, o których tam właśnie mówiono.

Silny mężczyzna od kilkunastu dni cierpiał na wąglik *(carbunculus)* ogromnych rozmiarów na karku. Mimo, że zaraz po przyjęciu szeroko i głęboko na krzyż nacięliśmy i 5% kwasem karbolowym wymyliśmy, gorączka aż do następnego dnia pozostała wysoką, a potém nastąpił zapad *(collapsus)* i chory na trzeci dzień rano umarł.

Drugi przypadek opiszemy w części szczegółowéj.

Róży ani błonicy w ranie ani razu nie widzieliśmy. Przypisujemy to ścisłemu przestrzeganiu sposobu przeciwgnilnego, oraz nadzwyczaj dobrym stosunkom higijenicznym naszego zakładu: mogliśmy niemal każdą z większych operacyj w osobnym pokoju umieścić, a nadto staraliśmy się zawsze po wyzdrowieniu operowanego kilka dni pokój przewietrzać. Mimo to nie możemy się poszczycić, wyznajemy otwarcie, zadziwiającemi wynikami klinik niektórych, gdzie rany nigdy nie ropieją, ani nawet nic nie wydzielają. W podróżach naszych naukowych przy zwiedzaniu rozmaitych klinik poznaliśmy, podobnie jak Billroth (*Chir. Klinik Wien* 1871—1876, pag. 33), co to znaczy *„Eiter kein Tropfen“* — *„Secret gleich Null.“* Dawniéj dziwiliśmy się, że pomimo ścisłego przestrzegania przepisów przeciwgnilnych, tam gdzie byliśmy, nigdzie tak świetnych wyników nie widzieliśmy, dziś pojmujemy znaczenie powyższych słów dokładnie.

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. **St. Ponikło,**
Asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6.)

Zestawiając bez uprzedzenia przebieg kliniczny opisanego przypadku z wynikiem oględzin pośmiertnych spostrzegamy przedewszystkiém wielką zgodność objawów jelitowych przez niemal lat 2 trwających, podawanych przez chorego w wywiadach, ze zmianami jelit pośmiertnie wykazanemi, polegającemi na śladach anatomicznych ubiegłego zapalenia mieszkowego przewlekłego błony śluzowéj jelit. Przypady te stanowczo poprzedzały przez dłuższy przeciąg czasu przypady ze strony narządu oddychania. W każdym zaś przypadku długotrwałego nieżytu przewlekłego jelit, zwłaszcza téż połączonego z gnuśno przebiegającém zapaleniem mieszkowém, dana jest możebność następowego przeistoczenia serowatego gruczołów krezkowych. I względnie dość często napotykamy podobny obraz chorobowy u dzieci i w wieku chłopięcym, gdzie zrazu występują przypady żołądkowo-jelitowe, jak brak łaknienia, wymioty, biegunka; te zwolna wycieńczając ustrój chorego sprowadzają zanik tkanki tłuszczowéj i mięśni. W okresie tym udaje się dość często przez wychudłe powłoki brzuszne wymacać powiększone gruczoły chłonne krezkowe. Sprawa ta znana pod starém mianem *tabes mesaraica*, jeśli rychło nie pocznie się rozdzielać lecz się przewleka, pociąga za sobą w przeważnéj liczbie przypadków wynik śmiertelny bądź przez wycieńczenie chorego, bądź téż przez dołączenie się zapalenia nieżytowego ostrego płuc lub gruźlicy. Przypadki podobne równie często można postrzegać przy łóżku chorego, jak stwierdzać na stole sekcyjnym. Gdzie zaś znachodzi się przeistoczenie serowate gruczołów chłonnych, tam są wszelkie warunki do powstania wedle obecnych naszych pojęć ogólnéj gruźlicy. Za taką kolejnością zmian chorobowych przemawia w naszym przypadku tak przebieg kliniczny jak wynik oględzin pośmiertnych. Pierwotną tedy zmianą chorobową było przewlekłe zapalenie mieszkowe jelita; to doprowadziło do obrzęku i następowego przeistoczenia serowatego gruczołów krezkowych, które z jednéj strony wywołało w kilku napadach występującą gruźlicę płuc i innych narządów, z drugiéj strony, oddziaływając na wytworzone już wrzody torebkowe jelita biodrowego przyczyniło się do rozwoju tychże w większe i głębsze owrzodzenia, które rychło powikłały się z gruźlicą i zamieniły na wrzody gruźlicze [1]). Zapalenie zaś dławcowe jelita należy uważać za tak zwaną sprawę końcową, która do istniejących już zmian chorobowych jelita, jako *in puncto minoris resistentiae*, się dołączyła.

4) Najczęstszém powikłaniem ze strony wątroby był naciek tłuszczowy téjże. Stwierdzono takowy w 9u przypadkach, zatém prawie w $1/_3$ części wszystkich przypadków. Wątroba była w odnośnych przypadkach znacznie powiększona: stłumienie takowéj sięgało na 4—6 cm. poniżéj łuku żebrowego; na poprzek zlewało się w dwu przypadkach ze stłumieniem śledziony równocześnie powiększonéj.

Drugiém z kolei najczęstszém powikłaniem było zapalenie śródmiąższowe wątroby *(hepatitis interstitialis)* prowadzące do zaniku takowéj. Czy należy je uważać w odnośnych przypadkach jako powikłanie cierpienia płucnego, trudno w obec małéj stosunkowo liczby wszystkich przypadków na pewne orzec; innych momentów przyczynowych jednak do śródmiąższowego zapalenia wątroby nie wybadano. W jednym z tych przypadków wątroba była miernie powiększona i została zamienioną przy rozpoznaniu z wątrobą naciekłą tłuszczowo; w 3ch innych narząd był miernie pomniejszony, powierzchnia nierówna, ziarnista, miąższ zbity, twardy (jak w niższym stopniu 2go okresu marskości wątroby). Badanie drobnowidowe wykazało we wszystkich przypadkach rozrost i przerost tkanki łącznéj międzyzrazikowéj. Za życia nie uwydatniała się ta zmiana żadnemi objawami cechującemi: nie było w odnośnych przypadkach ani objawów zastoiny żółciowéj, ani miejscowéj puchliny brzusznéj lub innych objawów zastoiny w zakresie żyły bramnéj.

5) Obrzęk śledziony znaczniejszego stopnia wykazano w 8u przypadkach, zatém w 25% ogólnéj liczby. Dwa razy obrzęk polegał na zwyrodnieniu skrobiowatém.

6) Zmiany w narządzie moczowym. Zapalenie miąższowe nerek przewlekłe wykazano w 1ym przy-

---

[1]) Co do stosunku wrzodzików torebkowych *(ulcera follicularia)*, wynikłych z zapalenia gruczołów odosobnionych jelita, do wrzodów tak zwanych gruźliczych, to rzeczywiście bardzo często można śledzić histologicznie powolne przeistaczanie się wrzodzików torebkowych w typowe wrzody gruźlicze w różnych okresach. W niektórych przypadkach suchot płucnych powikłanie jelitowe ogranicza się do wyłącznéj obecności wrzodzików torebkowych, nic z gruźlicą nie mających wspólnego: w takich przypadkach można częstokroć badać zlewanie się dwu lub więcéj takich wrzodzików w jeden większy, które dopiero późniéj, zwłaszcza gdy już nastąpiło przeistoczenie serowate gruczołów chłonnych, poczynają powoli przybierać cechę gruźliczą przez wytwarzanie się w ich dnie i brzegach, tudzież na otrzewnéj odpowiadającéj dnu wrzodu gruzełków prosowatych, które odtąd dopiero zapadając się przyczynić się mogą do rozszerzania już poprzednio inną drogą rozwiniętych wrzodów.

padku. Puchlina była w odnośnym przypadku nieznaczną, dając się odnieść wyłącznie do cierpienia płuc; żadnych objawów zakażenia mocznikowego nie uważano. Mocz w ilości od 600—1000 cm. sześc. na dobę zawierał mierną ilość białka; w osadzie znaleziono liczne wałeczki szkliste i ziarniste, tudzież tak zwane „woskowe“ obok nieznacznéj ilości ciałek krwi czerwonych. W ogóle mało uwydatniały się objawy choroby Brighta, prócz zmian w moczu, pośród objawów cierpienia głównego.

Zmiany „gruźlicze“ nerek, które bezsprzecznie uznać należy za następowe po pierwotném cierpieniu płuc, wykazano w dwu przypadkach. Ograniczały się one w obu przypadkach do obecności małych gniazd serowatych, złożonych wśród miąższu istoty korowéj. Za życia nie dawały żadnych objawów: pojawienie się śladu białka w moczu w jednym z tych przypadków można było odnieść do gorączki wywołanéj cierpieniem płuc a i osad moczowy nic szczególniejszego nie wykazał, coby zwracało uwagę na schorzenie „gruźlicze“ nerek. To téż zmiana ta rozpoznaną nie została.

Na tém miejscu wspominamy pokrótce o dwu przypadkach tak zwanéj „gruźlicy“ narządu moczo-płciowego. Nazwę tę wprowadził Virchow [1]) tłumacząc odnośne zmiany anatomiczne rozwijaniem się drobnych prosowatych guzków, równorzędnych co do budowy gruzełkowi, które zlewając się z sobą w gromadki, tworzą większe nacieki przeistaczające się serowato. Wspomina jednak Virchow wyraźnie, że „gruźlica“ układu moczo-płciowego występuje przeważnie pierwotnie. Późniejsze badania histologiczne w tym kierunku czynione [2]) stwierdziły, iż zmiany te nie polegają na gruźlicy, lecz są w przeważnéj liczbie przypadków zupełnie równorzędne zmianom zapalno-serowatym płuc. Jak w miąższu płucnym często podstawą zmian późniejszych jest ognisko około-oskrzelowe (*peribronchitis)*, tak w jądrze, wedle tych badań, zwykłe zapalne ognisko, sadowiące się w tkance łącznéj pomiędzy ceweczkami nasiennemi (*perispermatophoritisches Knötchen)*, które z gruźlicą nic nie ma wspólnego, może wszelakoż pociągnąć za sobą gruźlicę tak jak ją często za sobą pociągają zmiany serowate płuc. Odpowiednio tym zapatrywaniom słuszniejszą nazwą byłoby „*phthisis tractus urogenitalis*“ niż „*tuberculosis*“. Sposób ten tłumaczenia zmian jest zgodny z przebiegiem klinicznym tego cierpienia, gdyż w przeważnéj ilości przypadków przypady ze strony narządu moczo-płciowego występują pierwotnie, kiedy badanie płuc nie wykazuje nic nieprawidłowego.

W obu naszych przypadkach najwcześniejsze objawy, przez chorych podawane, dotyczyły schorzenia przyjądrza i jądra, następnie układu moczowego, gdy objawy płucne dopiero w późniejszym okresie się dołączyły. W obu przypadkach wykazano guz przyjądrza i jądra, obrzęk gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, wreszcie objawy nieżytu pęcherza i zmiany w moczu zwracające uwagę na schorzenie miedniczek nerkowych i samego miąższu nerkowego. Nadto wykazano równocześnie w obu przypadkach objawy zgęszczenia szczytów płucnych.

Obecność guza twardego jądra i przyjądrza wraz z wykazanym przez kiszkę stolcową obrzękiem gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych u osobnika wynędzniałego i okazującego zmiany przewlekłe w płucach można było uważać jedynie za zmiany gruźlicze.

Objawy nieżytu pęcherza, jak bolesność ponad spojeniem kości łonowych i częsta podnieta do oddawania moczu, obok tego jednak obecność większéj ilości białka niżby to ropie odpowiadało obok oddziaływania kwaśnego moczu — wszystko to zwracało uwagę na schorzenie miedniczek nerkowych, gdy obecność wałeczków Belliniego w osadzie moczowym świadczyła o zajęciu nerek. Wiedząc zaś, że zmiany „gruźlicze“ układu płciowego u mężczyzn zazwyczaj łączą się z takiemiż zmianami narządu moczowego, rozpoznano „gruźlicę“ narządu moczo-płciowego; kładziemy tu jednak nacisk na tę okoliczność, że badanie moczu samo przez się nic cechującego dla zmian gruźliczych nie wykazało.

W obu przypadkach wykazała sekcyja „gruźlicę“ przyjądrza, jądra, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych, pęcherza moczowego, przewodów moczowych, miedniczki nerkowéj i samego miąższu nerkowego z następową gruźlicą prosowatą płuc; nadto dawniejsze ogniska serowate w szczytach płuc.

Jednakże ani badanie kliniczne ani oględziny pośmiertne nie dozwalają stanowczo rozstrzygnąć, gdzie zmiany chorobowe należy uważać za pierwotne; można je upatrywać zarówno w płucach jak w przyjądrzu i jądrze. Wywiady skłaniały więcéj do przyjęcia pierwotnego cierpienia jądra.

Tyle jednak na pewne orzec możemy, że ani przebieg kliniczny ani badanie pośmiertne nie sprzeciwiają się w naszych przypadkach przypuszczeniu pierwotnego cierpienia narządu moczo-płciowego.

Zwyrodnienie skrobiowate nerek stwierdzono w dwu przypadkach obok zwyrodnienia skrobiowatego śledziony.

7) W jednym przypadku wikłało cierpienie płuc zapalenie okostnéj drugiego żebra prawego z następowém powierzchowném obumarciem kości.

W dodatku do niniejszego sprawozdania przedstawiamy daty odnoszące się do suchót płucnych i gruźlicy z kliniki ruchoméj.

Liczba chorych na suchoty płucne wynosiła 460, na gruźlicę 5, co stanowi 1·6% wszystkich chorych, a 37·2% a więc przeszło ⅓ część wszystkich przypadków chorób narządu oddechowego [1]).

Co do suchót płucnych na 3 mężczyzn przypadała średnio jedna kobieta, który to stosunek nie odpowiadając średniemu stosunkowi płci u chorych w klinice ruchoméj, przemawia za częstszém pojawieniem się téj choroby u mężczyzn z klasy pracującéj.

Z pomiędzy 234 mężczyzn, gdzie zapisano dokładnie zatrudnienie chorych było: 35 wieśniaków, 28 młodzieży szkolnéj, 25 wyrobników, 17 kupców i kupczyków, 15 krawców, 13 szewców, 12 służących, 12 stolarzy, 10 nauczycieli, 6 wojskowych, 6 kamieniarzy, 5 ślusarzy, po 3 murarzy, cieśli, urzędników i zecerów, po 2 stróżów, krupników, rzeźników, pozłotników, litografów, obywateli wiejskich, maszy-

[1]) *Virchow, Krankhafte Geschwülste* II. str. 685.

[2]) *Gaule, Virchows Archiv.* 1877, str. 238. *Malassez. Notes sur le siége et la structure des granulations tuberculeuses du testicule w Archives de physiol. normale et path.* 1877.

[1]) W szpit. św. Łazarza od 1871—1875 r. chorzy na suchoty i gruźlicę stanowili 10·9% wszystkich chorych, a 37·7% chorych z chorobami narządu oddechowego, któraто ostatnia liczba najzupełniéj odpowiada względnéj częstości tych chorób pomiędzy chorobami narządu oddechowego w klinice ruchoméj z następnych 4 lat. *Korczyński.*

nistów, i tapicerów. Pozostałych 18 chorych rozdziela się po jednemu między rozmaite rzemiosła.

Okres nacieku znaleziono u 141, okres rozpadu u 324 chorych[1]).

Zaledwie $^1/_8$ część odnosiła się do chorych między 10—20 r. życia, $^1/_4$ do chorych między 40—70 r. ż., resztę tj. 268 przyp. zajmowali chorzy między 20—40 r. ż. Z pośród téj liczby było 167 między 20—30 r. ż., 121 między 30—40 r. życia.

Największa ilość chorych zglaszala się w Maju i Czerwcu najczęściéj prosząc o radę do przeprowadzenia tak zwanych kuracyj letnich, po największéj części zdrojowych.

Pośród 592 chorych w 219 przypadkach zajęte były obadwa płuca; w 90 przyp. płuco lewe, a w 83 przyp. płuco prawe.

Następowe zmiany w krtani stwierdzono w 15 przyp. (3%).

Z 5 przyp. gruźlicy płuc zasługuje na wzmiankę jeden przypadek, gdzie równocześnie znachodził się wrzód gruźliczy na języku i na więzadle głosowém i drugi przypadek, gdzie objawy mózgowe kazały się domyślać gruzełków na błonach mózgowych.

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Najczęściéj znajdujemy następujące zmiany: wypuklenie stożka jest znaczniejsze aniżeli w stanie prawidłowym, prążki szerszego odcinka stożka wyraźniejsze i grubsze, ściany przekrwione i skutkiem tego ciemniejszéj barwy i niepolyskujące, środkowa figura płytsza, jaśniejsza, bo bliżéj odcinka szerszego stożka ułożona. Odbicia świetlne są w tych przypadkach wyraźne, szersze niż w stanie zdrowym, niejednostajne, ale często ciemniejszemi przestworami poprzerywane. Grünfeld nadaje tym zmianom nazwę zapalenia zwykłego (*Urethritis simplex*) dodając, że opisane zmiany bywają niekiedy tak nieznaczne i tak zbliżone do stanu prawidłowego, iż wprawa i doświadczenie decydują, że stan jest jeszcze chorobowym. Ponieważ we dwóch pierwszych rodzajach zmian, jakie podał Tarnowsky, znajdujemy właśnie obraz powyżéj podany, zaliczamy więc je do zapalenia zwykłego. Zwykłe zapalenie zajmuje albo ograniczoną część błony śluzowéj cewki, albo jest rozlane i zajmuje szerszą przestrzeń, albo wreszcie znajduje się w kilku miejscach; jeżeli siedzibą jego jest część błoniasta lub przyprątna, natenczas spostrzeżemy krwawienie błony śluzowéj, które nie łatwo utamować chwilowo, i które utrudnia rozpatrzenie się w szczegółach.

Przez zapalenie granulacyjne rozumie Grünfeld stan następujący: Po wymaczaniu ropy, któréj ilość bywa najczęściéj niewielką, widzimy nieznaczne wypuklenie stożka, które przesuwaniem endoskopu ani się powiększa, ani zmniejsza; fałdów podłużnych odpowiadających prążkom cewki znajdujemy znacznie mniéj, ściany są gładkie i ciemniéj zabarwione. Środkowa figura bywa w tych razach nieregularną lub owalną, nie tworzy linii i jest jaśniejszą, a odcienia świetlne poprzerywane punktami silniéj odbijającemi światło; przy bliższém przypatrzeniu się spostrzegamy, że punkta te są drobnemi wyniosłościami (granulacyjami), pomiędzy któremi widzimy nieznaczne zagłębienia. Wyciągnąwszy nieco endoskop stwierdzamy, że w miejscu, gdzie się otwór cewkowy przed chwilą znajdował, jest mały rowek, względnie zagłębienie, powstałe z powodu ucisku, które nie tak rażno znika, jak przy ostrzejszych postaciach zapalenia. Ta forma zapalenia najczęściéj bywa ograniczoną do jednéj części błony śluzowéj cewki, a tą częścią w przeważnéj ilości przypadków bywa część opuszkowa cewki i zajmuje cały obwód cewki lub tylko pewną jéj część. Podany opis odpowiada tym zmianom, które Tarnowsky znajdował w zapaleniu granulacyjném i brodawkowatém, a które Desormeaux pierwszy opisał jako zapalenie granulacyjne.

W zapaleniu liszajowém nie znajduje Grünfeld zmian ani stożka, ani środkowéj figury, ale najczęściéj blisko ujścia zewnętrznego cewki mały wrzodzik lub pęcherzyk, barwą wyróżniający się od otoczenia, a który bardzo jest podobny do pęcherzyka liszajowego, jaki często na napletku lub żołędzi znajdujemy. Auspitz nie przyjmuje téj formy, upatrując opisaną zmianę w zajęciu gruczołu Morgagniego. Przy takiém zajęciu wstrzykiwania do cewki podtrzymują trypra, który miesiącami trwa, a który przy odpowiedniém leczeniu miejscowém przy pomocy endoskopu bardzo szybko zwykł ustępować. Nie potrzebuję, zdaje mi się, dodawać, że *Urethritis phlyctänulosa* Tarnowskyego i Desormeauxa odpowiada opisanéj postaci.

Wreszcie zapalenie cewki z owrzodzeniami uważa Grünfeld jako następstwo liszaja, wrzodów szankrowych, które jak wiadomo niekiedy przy ujściu zewnętrznem cewki się znajdują, lub nakoniec jako następstwo zapalenia granulacyjnego.

Powyżéj wspomniałem, że podzielam zdanie Auspitza, iż opisane postaci są rozmaitemi stadyjami jednego i tego samego cierpienia, a teraz będę się starał to uzasadnić. Już Tarnowsky zauważył, że istnieją przejściowe formy, które nie dały się podporządkować pod jego typy chorobowe, a rozbiór zmian, jakie w rozmaitych postaciach znajdujemy, wykaże, że te typy chorobowe są również formami przejściowemi. Aby nie rozwlekać przedmiotu podam, jakie zmiany stwierdzałem przy badaniach endoskopijnych. Niewątpliwie najczęściéj napotykałem obrazy opisane przez Grünfelda jako zapalenie zwykłe. Odwołując się do podanego opisu, rozbiorę jego znamiona. Otóż wypuklenie stożka ku otworowi cewkowemu endoskopu jest dowodem obrzmienia, silniejsze zaczerwienienie ścian wskazuje, że istnieje przekrwienie, zmiana w postaci figury środkowéj, która jest w kształcie linii krótszéj niż w stanie prawidłowym, również dowodzi obrzmienia, jaśniejsza zaś smuga jéj stwierdza, że środkowa figura jest zbliżoną do szerszego odcinku stożka, co jest także następstwem obrzmienia, nakoniec grubsze prążki odbicia świetlnego, które są szersze i rozlane, uważać należy jako następstwo obrzmienia. Poprzednio wspominałem, że w zapaleniu oprócz przekrwienia, którego stopień bywa różny, istnieje naciek złożony z komórek znajdujących się w saméj błonie śluzowéj lub jéj tkaninie podśluzowéj. Jeżeli one zamiast rozpadać się przeobrażą się częściowo w tkaninę łączną, wówczas wytworzona tkanina, jakotéż naciek

---

[1]) W szpitalu św. Łazarza w okresie czasu od 1871—1875 roku śmiertelność z suchot i gruźlicy wynosiła 49·1% ogólnéj liczby chorych z chorobami temi zgłaszających się, co tak samo jak powyższe liczby z kliniki ruchoméj z następnych lat 4 dowodzi, że chorzy nasi szukają pomocy lekarskiéj zazwyczaj dopiero w późnym okresie choroby. *Korczyński.*

komórkowy, utrudni krążenie krwi, a przez to w nierozwiniętych miejscach naczyńka lekko wypuklają błonę śluzową. Endoskop w takim razie wykaże mniéj lub więcéj wyraźne wypuklenie stożka, zależne od ilości wytworzonéj tkanki łącznej i istniejącego nacieku komórkowego; ściany będą ciemniéj zabarwione skutkiem utrudnionego krążenia, a na nich spostrzeżemy liczne drobniuchne wyniosłości brodawkowate, postacią zbliżone do wyrostków szyszkowin śpiczastych. Przez nie powierzchnia błony śluzowéj jest jakby najeżona, co najłatwiéj stwierdzimy, wstawiając jednę ścianę błony śluzowéj w otwór cewkowy. Powierzchnia najeżona jest przyczyną, że odbicia świetlne są zamazane i szersze, a od stanu obrzmienia zależeć będzie postać środkowéj figury, która stanowić może krótszą liniję, półksiężyc lub owal. Im więcéj naciek komórkowy przeobrażać się będzie w tkaninę łączną, tém więcéj utrudnione będzie krążenie i odżywienie błony śluzowéj, a w następstwie zmienią się znamiona obrazów endoskopijnych. Wypuklenie stożka będzie się utrzymywało, gdy błona śluzowa nie przeobraziła się zupełnie w tkaninę łączną; zabarwienie ścian stożka będzie zależne od napełnienia krwią naczyń; środkowa figura nie będzie tworzyła linii prostéj, a odbicia świetlne będą niejednostajne, poprzerywane jaśniejszemi punktami, które na wypukleniu najwyraźniej się przedstawią, podczas gdy prążkowanie cewki będzie albo zupełnie niewidoczne, albo bardzo niewyraźne. Jasne punkta są to granulacyje opisane przez Desormeauxa, Tarnowskyego, Grünfelda i Auspitza, które ostatni obrzmieniem ziarnowém (*körnige Schwellung*) nazywa. Jeżeli siedzibą tych zmian jest błona śluzowa blisko ujścia zewnętrznego cewki, w takim razie zamiast granulacyj znajdziemy szyszkowiny stożkowate, powstałe z przerostu brodawek, które tylko w téj części się znajdują; jeżeli zaś najwięcéj tkanki łącznéj wytworzy się około gruczołów, wypuklą się takowe i utworzą torbiele i polipy, które opisuje Tarnowsky, a które dla tego przy sekcyjach najczęściéj w okolicy przyprątnéj i szyjki pęcherza znajdujemy, ponieważ ta część cewki najobfitszą jest w gruczoły. Miejscowe nagromadzenie przybłonka w większéj ilości wytwarza białe plamy, jakie opisał Schwimmer na błonie śluzowéj jamy ustnéj, a utrata przybłonka, w jakikolwiek ona sposób nastąpi, będzie powodem powierzchownych owrzodzeń. Czém jednak są granulacyje i jakie jest ich znaczenie? Desormeaux, jak wspomniałem, przypisywał je tylko zaraźliwemu wiewiórowi i twierdził, że bezpośredniém następstwem granulacyj, gdy one przeobrażają się, są zwężenia bliznowate. Przypuszczał on, że granulacyje rozpadając się tworzą owrzodzenia a te gojąc się za pomocą wytworzonéj tkaniny bliznowatéj, wytwarzają zwężenia. Nie ulega wątpliwości, że w obrębie zapaleń granulacyjnych istnieją niekiedy owrzodzenia, ale czy one powstają z rozpadu granulacyj, tego nikt nie stwierdził, a rozległych owrzodzeń przy granulacyjach nigdy nie widzimy. To przemawia na niekorzyść przypuszczenia Desormeauxa, jakoby zwężenia były następstwem wrzodziejących granulacyj, które jak poprzednio wykazałem, nie są wyłączną właściwością tryprów zaraźliwych. Powstanie granulacyj przypisuje Tarnowsky brodawkom błony śluzowéj, a Auspitz słusznie twierdzi, że to tłumaczenie nie jest prawdopodobném, albowiem w tych miejscach, w których zapalenie granulacyjne najczęściéj się spostrzega, brakuje zupełnie brodawek w stanie prawidłowym. Podzielający zdanie Virchowa co do istoty granulomów twierdzą, że one są wyrostkami z utkania naczyniowego, które się wytwarzają z komórek tkanki łącznéj. Nowotwory te wypuklając błonę śluzową cewki, tworzą owe wybujałości, właściwe zapaleniu granulacyjnemu, które zamieniają się w zwężenie, gdy miejsce wessanych nowotworów zajmie tkanka łączna. Słusznie mówi Auspitz, że i to tłumaczenie nie jest prawdziwém, albowiem nigdy po śmierci nie znajdujemy tych nowotworów, które musiałyby być widoczne, gdyby granulacyje były prawdziwemi nowotworami. Powstawanie granulacyj więc tłumaczy inaczéj Auspitz, a mianowicie przypuszcza, że obrzmienie błony śluzowéj samo tworzy ziarnowatą powierzchnię. Obrzmienie bowiem nie dotyka w równéj mierze wszystkich warstw błony śluzowéj, i podczas gdy tkanka łączna i włókna elastyczne najmniéj obrzmiewają, brzękną silnie inne utkania, a przez to powstają granulacyje, które dla tego właśnie radzi nazywać obrzmieniem ziarnowatém. Tłumaczenie Auspitza jakkolwiek prawdopodobniejsze, niż wszystkie dotychczasowe, wydaje mi się nieprawdziwém, jak zaraz będę się starał wykazać. Opisując zjawiska patologiczne, towarzyszące tryprowi, przypomniałem, że oprócz przekrwienia znajdujemy naciek komórkowy w utkaniu samej błony śluzowéj, i że komórki te mogą się przeobrażać w tkaninę łączną. Już samo nagromadzenie komórek niekorzystnie wpływa na naczynia, które jak sądzę mogą być naciekiem komórkowym uciśnięte. Jeżeli z komórek wytworzy się tkanka łączna, to takowa silniéj uciśnie naczynia krwionośne, niż same komórki. Krew wypchana z miejsc ucisku musi szukać dla siebie pomieszczenia, a to znajduje przedewszystkiém na powierzchni błony śluzowéj i w miejscach wolnych od ucisku. Rezultatem więc tego ucisku będą nierówności drobne, które sprawiają najeżenie błony śluzowéj (*Ureth. pappilaris*), gdy ucisk jest nieznaczny, a w miarę wzrostu ucisku, czyli co jedno i to samo znaczy, w miarę przybywania tkanki łącznéj, miejsca wypuklające się będą wydatniejsze. Miejsca te leżąc wyżéj, aniżeli powierzchnia błony śluzowéj, są silniéj oświetlone, a zagłębienia niżéj leżące będą ciemniejsze, przez co powierzchnia będzie ziarnowatą. Dodajmy do tego, że najwyraźniej występują te wyniosłości na szerszym i wypuklonym odcinku stożka, gdzie ucisk jest najmniejszy, a że przy horyzontalnym kierunku endoskopu na ścianach cewki albo ich zupełnie nie widzimy, albo są znacznie mniejsze, podczas gdy wyraźniéj się zarysują, jeżeli ku ścianie cewki endoskop zwrócimy, a zdaje mi się, że powstawanie granulacyj w ten sposób będzie możliwém i prawdopodobném. Fakt, że granulacyje po śmierci nie są widoczne, potwierdzałby powyższy sposób powstawania granulacyj, a mikroskopowe badania, sądzę, mogłyby rozstrzygnąć, czyli moje tłumaczenie jest błędne. Że tłumaczenie to jest prawdopodobne, potwierdza następujący eksperyment, który niejednokrotnie powtarzałem. Wsunąwszy endoskop poza miejsce zapaleniem granulacyjném zajęte, zalapisowałem silniejszym rozczynem azotanu srebra błonę śluzową mniéj więcéj prawidłową. Wysuszywszy dokładnie miejsce zalapisowane i wymaczawszy płyn, wyciągałem endoskop do miejsca chorobą zajętego i stwierdzałem, że objawy albo zupełnie znikały, albo przynajmniej tak dalece malały, że pierwotny obraz kompletnie się zmieniał. Jeżeli powierzchnia cewki była najeżoną, lub nie zbyt wielkiemi granulacyjami pokrytą, obraz chorobowy zupełnie znikał, a cewka przedstawiała obraz prawidłowy; jeżeli zaś granulacyje były bardzo wyraźne przed lapisowaniem, stawały się bardzo nieznaczne po zastósowaniu lapisu. Gdyby granulacyje były nowotworami, jak przypuszcza Virchow, nie powinny się zmieniać przy

tym eksperymencie, jak również i w takim razie, gdyby one powstawały skutkiem rozmaitego stopnia obrzęku składowych części błony śluzowéj; działanie lapisu bowiem tłumaczyć należy powiększonym uciskiem na naczynia tej części, na któréj rozczyn zastósowano. Uciśnięte naczynia strupem lapisowym jeszcze mniéj krwi dopuszczą do wypukleń, które skutkiem tego maleją lub zupełnie znikają. Eksperyment powyższy nasunął mi przytoczone tłumaczenie, które polecam kolegom do stwierdzenia, a względnie obalenia mego przypuszczenia, jeśliby ono okazalo się fałszywém. Teraz łatwo wytłumaczymy sobie rozmaitego rodzaju zwężenia. Przez zwężenie rozumiemy zmniejszenie rozmiarów obwodu cewki, które może, powinno i musi nastąpić przy ostrém zapaleniu cewki; w tym razie przy zewnętrznym ujściu cewki wzrokiem go stwierdzić możemy i jest ono zależne przedewszystkiém od obrzmienia i przekrwienia błony śluzowéj; przy przewlekłém zapaleniu musi być cewka również zwężoną, gdy objawy obrzmienia i nacieczenia komórkowego są znaczne. Jeżeli błona śluzowa cewki będzie najeżoną lub granulacyjami zasianą, rozmiary cewki zmaleją, a jeżeli skutkiem przewlekłego zapalenia wytworzy się tkanka bliznowata, rozmiary cewki mogą być do minimum zredukowane. Mając tylko trypra na uwadze jako przyczynę zwężeń, możemy podzielić przyczyny zwężeń na dwa rodzaje: zapalne czyli przejściowe i stałe, w pierwszym razie będą one podajne, a w drugim niepodajne, zwane organicznemi. Zachodzi teraz pytanie, czy endoskopem można odkryć zmiany, któreby potwierdzały ten sposób powstawania zwężeń. Nie będę szczegółowo opisywał przypadków chorobowych, w których endoskopem stwierdziłem takie zmiany, bo kazuistykę chciałbym innym razem ogłosić, wspomnę tylko, że bardzo pouczający przypadek miałem sposobność widzieć w więziennym szpitalu, do którego miewam wstęp zawdzięczając go niezwykłéj uprzejmości lekarzy ordynujących. W wspomnianym przypadku miał chory zwężenie przy końcu części gąbczastéj, przez które cienkiemi sondami przejść można było. Wsunąwszy endoskop do samego zwężenia spostrzeżono następujący obraz: środkowa figura była zupełnie niewidoczna i tylko dorozumieć się można było, gdzie jéj szukać należy; do otworu cewkowego endoskopu wypuklał się częściowo stożek, który utworzony był przeważnie przez górną i boczną, a mianowicie lewą ścianę cewki; na tym odcinku można było postrzedz granulacyje, któremi cała powierzchnia wypuklenia była obficie zasianą; zabarwienie ściany było ciemnoczerwone, a ściana wypuklona tworzyła kąt rozwarty, do którego przytykała prawa ściana cewki, głębiéj ułożona, aniżeli ściana wypuklona. Prawa ściana nie tworzyła żadnego wypuklenia, ale przytykała do końca cewkowego endoskopu, tworząc rozciągniętą na nim błonę; zabarwienie téj części było bardzo blade, prawie bez odcienia czerwoności, jaką błony śluzowe przedstawiają, a powierzchnia jéj była zupełnie gładka. Przy wyciąganiu endoskopu wypuklona lewa ściana zmniejszała się, wypychana wstawiającą się ścianą prawą, a wreszcie obraz zupełnie się zmienił, przedstawiając na całym obwodzie błony śluzowéj zmiany, jakie przy granulacyjném zapaleniu opisaliśmy. Teraz zdaje mi się, mamy prawo powiedzieć kilka słów o wartości endoskopu w ogólności. On oddaje nam wielkie usługi, nim stwierdzamy za życia zmiany, jakim błona śluzowa podczas istnienia przewlekłego wiewióra ulega, a których sekcyje nigdy nie dostarczyłyby. Dla stwierdzenia patologicznych zmian i rozpoznania szczegółowego choroby endoskop jest niezbędny, a wyniki badań endoskopijnych bardzo ważne. Wprawdzie endoskop nie wykrywa, dla czego w niektórych tylko przypadkach wiewiór się przewleka, a w niektórych prędko się kończy; nie dostarcza on dalszych przyczyn przewlekania się choroby, sądzę jednak, że i pod tym względem odda on niemałe usługi, gdy kazuistykę skrzętnie zbierać będziemy, która w końcu może odkryć przyczyny, których obecnie w rozmaitego rodzaju zakażeniach i chorobach się domyślamy. Po tém, co dotąd przytoczyłem, nie potrzebuję zapewniać, że terapii oddaje endoskop wielkie usługi i że leczenie przy pomocy endoskopu przewyższa wszystkie przytoczone sposoby miejscowego leczenia, które w pierwszéj części rozprawki rozbieraliśmy.

Znajomość dokładna zmian towarzyszących przewlekłemu wiewiórowi i możliwość oznaczenia ich siedziby bardzo ułatwia leczenie. Wskazania lecznicze mamy dwojakie: albo należy używać środków ściągających, gdy rozpulchnienie błony śluzowéj przeważa, czyli w pierwotnych stadyjach choroby, albo posługujemy się środkami drażniącemi błonę śluzową, które ułatwiają rozpad nacieku komórkowego i umożliwiają jego wessanie. Jeżeli w następstwie długiego trwania choroby wytwarza się zwężenie, wówczas pierwszym obowiązkiem jest niedopuścić do znacznego ściągnięcia się wytwarzającej się tkaniny bliznowatéj, czemu czynimy zadość wprowadzając sondy odpowiedniéj grubości. A ponieważ obok zwężenia zawsze znajdujemy objawy przewlekłego wiewióra, musimy równocześnie używać odpowiednich środków ściągających lub drażniących, gdy przystęp do miejsca chorobowego uzyskaliśmy rozszerzywszy zwężenie. Najdzielniejszym środkiem ściągającym jest azotan srebra, a mianowicie jego słabsze rozczyny jak 2:100,3:100,4:100, które prawie nigdy nie sprawiają bólu a tém mniéj wytwarzają zwężenie, albowiem ich działanie jest bardzo powierzchowne. Wytworzony strupek z górnych warstw przybłonka uciska naczynia krwionośne i ściąga błonę śluzową, a przezto umniejsza przekrwienie i rozpulchnienie. Silniejsze rozczyny lapisowe działają nie tylko ściągająco, ale równocześnie drażnią błonę śluzową, a przezto ułatwiają rozpad nacieków komórkowych. Najsilniejszym rozczynem, jakiego z pożytkiem używałem był 1:8, który chorzy jeszcze dobrze znoszą; do silniejszych nie uciekałem się raz dla tego, że słabszemi dopinałem celu, a powtóre dla tego, że przy użyciu ich powstaje stósunkowo dość silny ból, a w jednym przypadku, w którym zastósowałem rozczyn 1:3, powstało zapalenie przyjądrza. Należałoby się spodziewać, że energiczne leczenie trypra powinno często wywoływać komplikacyje ze strony gruczołu przyprątnego, pęcherza, lub wreszcie przyjądrzy: tymczasem doświadczenie stwierdza, że one należą do najrzadszych zdarzeń. Odwołując się do własnego doświadczenia, spostrzegałem tylko w dwóch przypadkach zapalenie przyjądrzy, a mianowicie w powyżéj wspomnianym i u chorego, który w godzinę po zabiegu terapeutycznym 5 mil zwykłym wozem jechał. Rzadkość komplikacyj sądzę należy temu przypisać, że przestrzeń, na którą stósujemy środki, bywa bardzo ograniczoną. Oprócz silnych rozczynów azotanu srebra, zalecają autorowie siarkan miedzi w rozpuszczeniu, którego działanie jest przeważnie drażniące, i maści z białego merkuryjusza (*Mer. praecip. albi 1:20*). W przypadkach granulacyjnego zapalenia, jakoteż w tych przypadkach zwykłego zapalenia, w których przez dłuższy czas używano rozczynów lapisowych, z pomyślnym skutkiem używałem następującego rozczynu: *Kali hydrojodici 1·0, Jodii*

puri 0·2 Glycerini 20·00, który Grünfeld w powyższych przypadkach zaleca. Do zastósowania środków leczniczych służą pędzelki, które bardzo dobrze zastąpić możemy tamponikami z waty, przytrzymując je odpowiedniemi przyrządami.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

W. Jenner. O leczeniu duru brzusznego.

Sprawozdanie Dra Ponikły.

W chorobie tak wielokształtnéj i skomplikowanéj jak dur brzuszny, na któréj przebieg i przypady tak wielce wpływa nietylko wiek i obecny stan ustroju chorego, lecz i inne rozliczne warunki, towarzyszące cierpieniu lub takowe poprzedzające w okresie wylęgania, zachowanie się chorego i zastósowany w pierwszych dniach sposób leczenia, trudno prawie znaleść dwa przypadki identyczne we wszystkich szczegółach a ztąd prawie niepodobna zebrać dostateczną liczbę przypadków, z którejby można na podstawie statystycznéj wywnioskować najkorzystniejszy sposób leczenia w różnych formach choroby i takowy umiejętnie uzasadnić. Każdy z przypadów, jak gorączka, częstość tętna, biegunka, może być w różnych przypadkach wynikiem zupełnie odmiennych spraw chorobowych, tak iż w obecnym stanie nauki lekarz jedynie z własnego doświadczenia może zaczerpnąć wskazówek racyjonalnego leczenia duru brzusznego, czyli ściśléj się wyrażając, pojedynczych przypadów tegoż.

Jenner w swéj rozprawie podaje wiele cennych uwag i wskazówek rzucających światło na wiele spornych lub ciemnych punktów w symptomatologii i terapii duru brzusznego, które tém więcéj nabierają praktycznéj wartości, o ile oparte są na długoletniém doświadczeniu wytrawnego i wielbionego w swym kraju praktyka.

Nasamprzód zwraca autor uwagę na rozliczne błędy jakich chorzy durowi w początkach choroby często się dopuszczają a które częstokroć groźnie mszczą się w dalszym przebiegu, jak n. p. nierzadko usiłują tacy chorzy odeprzeć początkowe uczucie osłabienia przez używanie nadmiernego ruchu, podjęcie wysilającéj przechadzki, lub téż, przypisując lekki ból głowy, niedogodę ogólną, upośledzone łaknienie przemijającemu i nieznacznemu cierpieniu żołądka lub jelit, sami sobie ordynują silny środek przeczyszczający lub wreszcie wychodząc z przekonania, że najlepszym środkiem wzmacniającym jest dobre odżywienie, obciążają żołądek pokarmami, których nadwątlone siły trawienia pokonać nie zdołają lub używają środków podniecających, potęgujących stan gorączkowy i upośledzających czynności narządów wydzielniczych, przypłacając nieraz życiem przewinienia wynikłe z własnéj nieświadomości.

Koniecznym środkiem badawczym w tym okresie jest ciepłomierz: jak skoro wykazaném zostało przez mierzenie ciepłoty chociażby tylko prawdopodobieństwo, że owe nieokreślone i pozornie błahe przypady zależą od duru brzusznego, taki chory ma bezwzględnie pozostawać w łóżku pod ścisłym dozorem lekarskim; autor ostrzega najwyraźniéj, aby takich chorych pod żadnym warunkiem nie przewozić, lecz pozostawić w dotychczasowém miejscu pobytu. W przypadkach, gdzie w samym początku nieokreślonego zrazu cierpienia chorych przewożono bądźto końmi bądź koleją żelazną, tenże uważał prawie stale ciężki przebieg i niestosunkowo wysoki odsetek śmiertelności.

Daléj nalega autor, aby dyjeta od początku ograniczała się do podawania pokarmów płynnych i przeważnie skrobiowatych, nadto poleca spożywanie soków z jarzyn i owoców w miernéj ilości ostrzegając przed używaniem owoców gotowanych, jak kompotów i t. p., jako zawierających między innemi drażniące przewód pokarmowy części drzewnika. Jednym z punktów wysokiéj praktycznéj doniosłości są uwagi autora co do używania mleka jako pokarmu w durze brzusznym: sądzi on, iż bezwzględne i szablonowe używanie tego pokarmu w znaczniejszych ilościach jest wprost szkodliwe, albowiem mleko musi przejść przed strawieniem w stan stały, tworzy przy spożyciu nieco większéj ilości skrzepy sernika, które w obec upośledzonych gorączką sił trawienia mogą wielce przyczyniać się do pogorszenia stanu ogólnego chorego. Widział niejednokrotnie chorych, którzy byli karmieni mlekiem, niespokojnych, bezsennych, z ciepłotą niestosunkowo podwyższoną, którzy wydaliwszy wymiotami skrzepłe mleko doznali bezpośrednio znacznéj ulgi i obniżenia gorączki. Lub téż może się niestrawiony sernik nagromadzić w jelitach cienkich i sprawić rozdęcie gazami i kolkę (ustępującą często po zastósowaniu klejkiéj lewatywy) albo wreszcie podtrzymywać lub potęgować wyniszczającą chorego biegunkę.

Choremu na dur brzuszny winno być dozwolone używać dowolnéj ilości wody, która w każdym razie dostawszy się w znaczniejszéj ilości do ustroju działa podniecająco na narządy wydzielnicze jak nerki, płuca i powłoki ogólne; jeśli zaś zachodzi prawdopodobieństwo, że choroba udzieloną została takiemu choremu za pośrednictwem wody czerpanéj w miejscu zamieszkania chorego, wtedy poleca autor wodę w mowie będącą poprzednio przegotować.

Ból głowy i bezsenność są najprzykrzejszemi przypadami w pierwszych dziesięciu dniach duru brzusznego. Za jedyny skuteczny środek przeciw bólowi głowy uważa autor okłady zimne, spokój i zaciemnienie pokoju. Również bezsenność, jeżeli zależała od podniesionéj ciepłoty, najpewniéj usuwał za pomocą letniéj kąpieli lub zmywań. Autor stanowczo potępia podawanie w tym celu makowca, choćby w najmniejszych dawkach, jako leku nadwątlającego trawienie i czynności wydzielnicze, natomiast radzi w przypadkach uporczywego bólu głowy i bezsenności podawać bromek potasu i chloral lub połączenie obojga. Jednak w późniejszych okresach cierpienia uważa wszystkie te środki za przeciwwskazane.

Przyczyny nadmiernéj biegunki mogą być bardzo rozmaite, jak np. błąd w dyjecie, używanie pokarmów stałych, nadużywanie mleka, znaczniejsze wikłające zapalenie nieżytowe jelita itp.

W celu wyświecenia przyczyny nalega autor na ścisłe badanie stolca: nie raz wystarczyło mu obejrzeć stolce i wykryć skrzepy sernika niestrawionego w nim znajdujące się jako przyczynę nadmiernéj biegunki. Jeżeli stolce oddziaływały silnie zasadowo, widział dobre skutki po podawaniu na wewnątrz rozcieńczonego kwasu siarkowego; jeśli zaś były nazbyt rozłożone i cuchnące, stósował z korzyścią lewatywy klejkie z dodatkiem sproszkowanego węgla zwierzęcego, który środek przeciwgnilny uważa w tych razach za wyższy od wszelkich innych. Jeżeli wreszcie stolce są tylko za częste a zresztą prawidłowe, zaleca stosować klejkie lewatywy

z dodatkiem kilku kropel nastoju makowcowego, ostrzegając przed podawaniem tego środka wewnętrznie.

W przypadkach zaś zaparcia stolca, które czasami mimo obecności rozległych owrzodzeń trwa uporczywie, poleca autor stósowanie kilkakrotne małych lewatyw klejkich, uważając podawanie wewnętrzne wszelkich leków przeczyszczających za przeciwwskazane. Sądzi on, iż stosunkowo częstą przyczyną zaparcia stolca w durze brzusznym bywa obecność głębokiego, acz niekoniecznie rozległego, owrzodzenia jelita biodrowego, działającego przez drażnienie otrzewnéj porażennie na ruch robaczkowy jelita biodrowego. Okoliczność ta wielkiéj pod względem praktycznym wagi każe zaniechać używania silniejszych czyśców, wzniecających ruch robaczkowy, jako mogących wywołać przedziurawienie jelita.

Przeciw bębnicy, przypadowi groźnemu ze względu na duszność, wywołaną przez wysokie ustawienie przepony i usposobianie płuc do powstawania zapaleń opadowych, używał Jenner z pomyślnym skutkiem lewatyw z dodatkiem drobno sproszkowanego węgla zwierzęcego, jako środka przeciwgnilnego. W kilku przypadkach, gdzie powodem uporczywéj bębnicy było nadmierne rozdęcie gazami i następowe porażenie kiszki grubéj, wystarczyło wprowadzić zgłębnik kauczukowy do kiszki stolcowéj, aby znieść ten stan chorobowy.

W celu zniesienia bolesności brzucha tudzież tkliwości okolicy śledziony obrzękłéj nie umie Jenner podać środka dzielniejszego nad okłady ciepłe i kataplazmy, po których bardzo często znakomitą ulgę osiągał.

Rozległe doświadczenie pouczyło autora, że kąpiele chłodne i zimne, tak często w nowszych czasach w Niemczech używane ku obniżeniu stanu gorączkowego, zadania swego nie wypełniają; bezpośrednie obniżenie ciepłoty wprawdzie każdorazowo występowało po zastósowaniu kąpieli, lecz zawsze było tylko krótkotrwałém i ten sam skutek zdołał autor osiągnąć przez zmywania zimne, postępowanie o wiele łagodniejsze. Dlatego radzi uciekać się do kąpieli zimnych dopiero wtedy, kiedy ciepłota przewyższa 40·5° C.

Z leków przeciwgorączkowych, wewnętrznie podawanych, najlepsze skutki lecznicze widział po podawaniu wyskoku w większych dawkach, który zwłaszcza w gorączce połączonéj z tętnem małém, nadmiernie częstém, gdzie równocześnie środki podniecające były wskazane, znaczne oddawał usługi. Innym lekom przeciwgorączkowym, jak chinin, salicyn, kwas salicylowy i salicylan sodowy chwilową tylko i małą skuteczność przypisuje. Podawał wyskok w dawkach od 150—300·00 wódki silnéj, *pro die*, co odpowiada ilości od 75·00 do 150·00 wyskoku bezwodnego. Również przypisuje Jenner wyskokowi potężny wpływ korzystny na zajęcie sensoryjum w durze brzusznym.

Godném zastanowienia jest zdanie autora, że majaczenia i omamy w przebiegu duru pojawiające się nigdy nie są połączone z bólem głowy: „majaczenia mogą dosięgać wysokiego stopnia, ból głowy w swym czasie może być bardzo znaczny w przebiegu duru, jednak stale ustępuje natychmiast z wystąpieniem majaczeń. Jeżeli chory majaczący żali się na ból głowy, z wielkiém prawdopodobieństwem wnioskować można, że albo zachodzi w danym przypadku pomyłka rozpoznawcza, albo rozwija się rzadkie wielce powikłanie duru t. j. zapalenie opon mózgowych". Innym ciekawym punktem w rozprawie autora jest związek genetyczny, jaki tenże przypisuje obecności głębokich, blisko otrzewnéj sięgających, lub już na takowéj zmiany anatomiczne wywołujących owrzodzeń jelitowych z drżeniem języka i odnóg.

Jenner czuje się upoważnionym uznać wyskok za środek niezbędny w leczeniu duru brzusznego. W przypadkach racyjonalnie obranych widział po jego użyciu nietylko obniżenie ciepłoty, lecz zarazem wzmożenie siły i napięcia tętna obok równoczesnego zmniejszenia częstości tegoż; nadto środek ten uśmierzał majaczenia i niejednokrotnie działał wybornie jako środek nasenny. Ostrzega jednak przed podawaniem wyskoku w pierwszych dniach choroby w zamiarze odparcia naprzód osłabienia następowego i mogącego wystąpić zapadu, lecz uważa go za wskazany dopiero wtedy, gdy groźność pojedyńczych przypadów i zachowanie się ogólnego stanu dadzą odnośne wskazania.

Przy podawaniu wyskoku uważa za konieczne baczyć pilnie na wszelkie zmiany i wahania ciepłoty tudzież częstości i jakości tętna. Jedynie w przypadkach krwotoków jelitowych lub wiklającego zapalenia nerek widzi słuszne przeciwwskazanie do używania wyskoku. Co do dawki, sądzi iż podawanie od 150·00 do 200·00 wódki silnéj powinno w każdym przypadku wystarczyć: używanie za wielkich dawek wywoływało skutki wprost przeciwne: wzmagało suchość języka, powiększało majaczenie i sprawiało bezsenność.

Pod koniec rozprawy wyraża autor na podstawie długoletniego doświadczenia godne uwagi zdanie, iż leczenie duru brzusznego winno być *par excellence* przypadowe, że ten osięgnie najpomyślniejsze wyniki w leczeniu téj choroby, kto nietylko śledzi przebieg, zwracając uwagę na wszelkie ważniejsze zajścia, lecz kto sobie przedsięweźmie zwracać badawczą uwagę na rzeczy drobne i pozornie najdrobiazgowsze. (*The Lancet* Nr. XX. Vol. II. 1879).

Prof. Dr. C. Gussenbauer (w Pradze): **O mechanizmie wstrząśnienia mózgowego.**

G. wspomina nasamprzód o dotychczasowych teoryjach, które miały na celu wytłumaczenie objawów wstrząśnienia mózgowego. Najwygodniejszą, a przez ujemny wynik sekcyjny niby popartą, była teoryja o drganiach i zmianach molekularnych we włóknach nerwowych i komórkach zwojowych mózgowia; hipoteza ta usuwała się z pod wszelkiéj kontroli, bo przecież nikt nie mógł kusić się o zbadanie molekularnego utkania mózgu. Owe drgania atoli molekularne skutkiem działania siły mechanicznéj są jednak niemożebnemi z przyczyn prostych fizycznych, bo siła mechaniczna musiałaby się pierwéj przeobrazić w siłę zdolną do godzenia w system drobin i atomów. Ale i ze stanowiska fizyjologicznego teoryja ta nie jest uzasadnioną, bo dlaczegoż tylko komórki zwojowe i włókna ośrodków nerwowych miały mieć przywiléj nagłego zawieszenia swych czynności w skutek drażnienia mechanicznego, skoro inne organa pomimo najsilniejszego wstrząśnienia pełnią daléj swoje czynności, jeżeli tylko odżywienie ich nie jest upośledzone skutkiem zboczeń w krążeniu krwi? Wreszcie przekonywające na pozór doświadczenie Gamy, mające dowieść słuszności teoryi téj, okazało się także błędném, jak to wykazali Nélaton i Alquié. Z kolei następuje teoryja Stromeyera, według któréj skutkiem urazu zewnętrznego następuje ściśnienie bezpośrednio czaszki a pośrednio mózgu, a równocześnie i rozlane zboczenia czynności onego. Według téj teoryi więc skutkiem urazu krew i

płyn rdzeniomózgowy zostają wypchnięte z jamy czaszkowéj, a zboczenia mózgowe są następstwem kompresyi a nie wstrząśnienia. Doświadczenia Brunsa wykazały były, że czaszka jest elastyczną i w znacznym stopniu ścisnąć się daje; tak więc istnieją wszystkie warunki ściśnienia mózgowia, jeżeli czaszka bezpośrednio ugodzoną zostaje. Ale teoryja ta nie tłumaczy wcale zboczeń występujących i wtedy, jeżeli czaszka nie doznała urazu bezpośredniego, a mimo to występują objawy wstrząśnienia mózgowego; np. jeżeli człowiek zeskakuje z wysokości mając odnogi dolne wyprostowane, lub jeżeli przy odnogach pod kątem prostym zagiętych pada na pośladki, w których to razach uderzenie udziela się pośrednio czaszce przez kręgosłup. Nadto chwilowe ściśnienie mózgu wywołuje wprawdzie względną niedokrewność onego i tłumaczy objawy odpowiednie, ale dlaczego objawy te nie ustępują razem z kompresyją mózgu, lecz trwają dłużéj aniżeli ich przyczyna? Wreszcie w przypadkach pęknięcia czaszki, połączonego nawet z wgnieceniem odłamków, nie masz objawów wstępnych wstrząśnienia mózgowego, pomimo że mózg w takich razach doznaje nierównie większego ściśnienia, aniżeli wtedy, gdy czaszka nie pęka. Ściśnienie mózgu samo więc nie wystarcza do tłumaczenia mechanizmu i objawów wstrząśnienia mózgowego.—Trzecią jest teoryja Fischera, według któréj wstrząśnienie mózgu nie jest niczém inném, jeno wstrząsem (shok); tak jak przy doświadczeniu powszechnie znaném Golza następuje drogą odruchu porażenie naczyń brzusznych, tak wstrząśnienie czaszki ma wywołać porażenie odruchowe naczyń mózgowych, a w następstwie takowego względną niedokrewność tętniczą i przekrwienie żylne, które tłumaczy utratę samowiedzy, podczas gdy upośledzenie czynności sercowéj i oddechowéj ma być wynikiem drażnienia trwającego w miejscu wyjścia n. błędnego, podczas gdy mózg wielki jest już mocno porażony. Teoryja ta wyjaśnia wprawdzie pierwsze objawy wstrząśnienia, ale pozostawia bez wyjaśnienia pytanie, jakim sposobem porażenie odruchowe naczyń mózgowych przychodzi do skutku, następnie nie wyjaśnia, dlaczego nie ma porażenia naczyń i odpowiednich objawów przy obrażeniach czaszki, zdziałanych przez siłę większą; a wcale już nie jest zdolną tłumaczyć, dlaczego po wstrząśnieniu mózgowém spotykamy się zawsze prawie z luką w pamięci, odnoszącą się do wrażeń zmysłowych i wyobrażeń, które obrażony miał bezpośrednio przed wstrząśnieniem, czego nie spostrzegamy w żadnym innym rodzaju obrażenia czaszki. Zasługą jednak teoryi Fischera jest, że dała pochop do nowszych doświadczeń ważnych.

Ponieważ znaczniejsze urazy wywołują we wnętrzu czaszki zmiany anatomiczne, skutkiem czego takie przypadki nie nadają się do badania wstrząśnienia, Koch i Filehne robili doświadczenia na zwierzętach, mających szczękę dolną przymocowaną do stołu w ten sposób, że za pomocą lekkiego młota uderzali okolicę ciemieniową 2 razy na sekundę, aż występowały objawy wstrząśnienia, a objawy te występowały zazwyczaj w 30—50 minut, poczém badali zachowanie się ośrodków oddychania, n. błędnego, nn. naczynioruchowych itd. i doszli do wniosku, że uraz wywołuje wprost wstrząśnienie każdego ośrodka; nie rozstrzygnęli jednak kwestyi, czy wstrząśnienie polega na drganiu poszczególnych elementów mózgowych lub na uderzeniu mózgowia in toto o czaszkę. Doświadczenie to atoli nie daje się zastósować bezwzględnie do wstrząśnienia mózgu u człowieka, bo wielorazowe uderzenia młotkiem nie odpowiadają mechanizmowi, który u człowieka wywołuje wstrząśnienie; dowodzą one tylko zgodnie z doświadczeniem klinicznėm, że zbiór objawów wstrząśnienia mózgowego powstaje i bez zmian w mózgu dostrzegalnych. Chcąc wyjaśnić związek pomiędzy przyczyną mechaniczną a zmianą organiczną, należy zbadać mechanizm wstrząśnienia, a zmiany zależne od działania mechanicznego można badać także na trupie. Celem przekonania się, czy mózg po wstrząśnieniu czaszki robi jakiś ruch lub nie, autor już przed 3 laty trepanował czaszki w kilku miejscach w pewnym kierunku, przez otwory w czaszce po przecięciu opon wprowadzał igły do masy mózgowéj i przekonał się, że igły odbywały ruch, jeżeli czaszka uderzoną została w kierunku otworów sztucznych, z czego wnosił, że ruch zewnętrzny udziela się masie mózgowéj a to udzielanie się uderzenia ze stanowiska fizycznego łatwo się tłumaczy, jeżeli zważymy, że jama czaszkowa napełniona jest masą, która nie wszędzie posiada gęstość jednę i tę samą, a ponieważ krew i płyn rdzenio-mózgowy mogą być wypchniętemi z czaszki, więc wszystkie istnieją warunki, aby w mózgu samym nastąpić mogło podwyższenie lub obniżenie istniejącego w nim napięcia, jeżeli tylko ruch masy udziela się mózgowi. Na podstawie tego rozumowania przypuszczał G., że przy wstrząśnieniu odbywa się we wnętrzu mózgowia ruch nie drobinowy lecz ruch masy, i że w ruchu tym pośredniczy głównie płyn mózgo-rdzeniowy. Podwyższony ucisk w czaszce drażniąc bezpośrednio wszystkie ośrodki w mózgu wywołuje nagle owe objawy rozlane, który przy wstrząśnieniu mózgowém spostrzegamy. Tłumaczenie to znajduje poparcie w anatomii patologicznéj. U osób, które zmarły bezpośrednio po obrażeniu czaszki lub z następstw wstrząśnienia sekcyja wyjątkowo tylko daje rezultat ujemny; częściéj znachodzimy mniéj lub więcéj znaczne wynaczynienia w oponach, lub na powierzchni mózgu, na podstawie czaszki, a w mózgu samym wynaczynionki kropkowate, rozsiane. Te właśnie wynaczynionki rozsiane dają wskazówkę, jakim sposobem siła mechaniczna działa na mózgowie. Nie mogą one być następstwem ściśnienia mózgu, bo występują w tych głównie przypadkach, w których nie ma śladu ucisku na powierzchni mózgu; ale okoliczność, że wynaczynionki te pojawiają się właśnie tam, gdzie najwięcéj się zbiera płynu rdzenio-mózgowego, dowodzi, że one są następstwem poruszania się tego płynu.

Tu G. przechodzi do doświadczeń i nauki Dureta o znaczeniu płynu rdzenio-mózgowego w t. zw. wstrząśnieniu mózgowém, na które nie tylko bezwzględnie się pisze, ale nadto posługuje się niemi do udowodnienia całego szeregu objawów, występujących we wstrząśnieniu mózgowém. Ustęp ten obszerny, zajmujący czwartą część wykładu pomijamy atoli, a to z powodu, że nauka odnośna Dureta przedstawioną została czytelnikom Przegl. Lek. już w r. 1878 bardzo dokładnie i wyczerpująco przez szan. kolegę Dra Kwaśnickiego (w Nrach 7 i 8), dokąd czytelników odsyłamy. Cały wykład Gussenbauera jest właściwie tylko wstępem do nauki Dureta o wstrząśnieniu mózgowém, która coraz więcéj nabywa zwolenników, tak dalece ona jest ścisłą i przekonywającą. Zaznaczyć tylko musimy, że znakomity profesor prazski dopiero dnia 20 grudnia 1879 r. w wykładzie mianym w towarzystwie lekarskiém zwraca uwagę na doświadczenia Dureta, podczas gdy dzięki kol. Kwaśnickiemu czytelnicy Przeglądu Lek. już od dwóch lat znają takowe nierównie szczegółowiéj. (*Prager med. Woch.* 1880, Nr. 1—3). *L. B.*

Dr. Urbantschitsch (w Wiedniu): **O obrażeniach przyrządu słuchowego pod względem sądowo-lekarskim.**

I. Wstrząśnienia. Tu należą zmiany, których doznaje przyrząd słuchowy przez nagłe zgęszczenie powietrza, uderzenie w okolicę ucha, silny wybuch itp., lub też skutkiem udzielania się wstrząśnienia od głowy (uderzenie w głowę, upadnięcie, spadnięcie). Zmiany tym sposobem powstałe odnosić się mogą do błony bębenkowéj, do jamy bębenkowéj i błędnika, a względnie nerwu słuchowego i to poszczególnie lub razem.

1. Przedarcie błony bębenkowéj. Błona ta uledz może pęknięciu skutkiem nagle: uderzającéj fali zgęszczonéj, bez względu, czy takowa uderza od zewnątrz (uderzenie w ucho, zanurzenie głowy w wodzie), lub od wewnątrz (wdmuchiwanie powietrza do ucha wewnętrznego). W obec wielkiéj odporności błony bębenkowéj zdrowéj potrzeba wielkiéj siły, aby wywołać pęknięcie, daleko zaś mniejsza siła wystarcza, jeżeli błona bębenkowa była poprzednio chorobową zmienioną. Objawy pęknięcia: Obrażony uczuwa huk nagły a najczęściéj i silny ból, czasem nawet mdleje; upośledzenie słuchu, zwłaszcza jeżeli równocześnie obrażony został nerw słuchowy; dźwięczenie strojnika uczuwa obrażony silniéj po stronie choréj, jeżeli niema powikłania ze zmianami w błędniku. Podmiotowe objawy słuchowe, jeżeli istnieją, zależą od równoczesnéj zmiany w błędniku. Za urazowém powstaniem pęknięcia przemawia nastrzykanie brzegów rany, obok prawidłowego wejrzenia reszty błony, tudzież brak objawów zapalnych w jamie bębenkowéj, a nareszcie według Politzera i ta okoliczność, że przy próbie Valsalvy powietrze dostaje się bez szmeru do przewodu słuchowego, co dowodzi prawidłowego zachowania się ucha środkowego, gdy przeciwnie utrudniona drożność przewodu wewnętrznego i powstawanie szmerów przy wzmiankowanéj próbie przemawiają za poprzednio istniejącemi zmianami chorobowemi ucha środkowego. W późniejszym okresie, gdy mianowicie blona mogła się już zagoić lub też następowo mogło przejść zapalenie na ucho środkowe, trudno już rozstrzygnąć związku przyczynowego między zmianami w błonie bębenkowéj a uchu środkowém. Jeżeli brzegi rany pokryte są osadem wapiennym, obrażenie nastąpiło najmniéj przed 2—3 tygodniami. Przebieg bywa rozmaity. Rany wązkie lub okrągłe a małe goją się w przeciągu kilku dni lub tygodni, nie pozostawiając bynajmniéj upośledzenia słuchu. W przeciwnym razie mogą pozostać silne odczynowe zapalenia ropne jamy bębenkowéj, trwające kilka tygodni lub miesięcy. W rzadkich przypadkach po urazowém pęknięciu blony bębenkowéj, może się rozwinąć ropne zapalenie opon mózgowych. Tak zw. całkowite pęknięcie błony bębenkowéj powstaje albo bezpośrednio skutkiem urazu, lub też skutkiem zapalnego zniszczenia po pęknięciu częściowém. W obec tak różnorodnych zejść urazowych pęknięć błony bębenkowéj, orzeczenie lekarskie musi być bardzo oględne. Rozstrzygnięcie, czy mamy w pewnym przypadku przed sobą uszkodzenie lekkie lub ciężkie, możebném jest dopiero po bardzo dokładném badaniu i dłuższéj obserwacyi. Jako uszkodzenie lekkie uważać je można wówczas, jeżeli nie ma upośledzenia t. zw. przewodnictwa kostnego, jeśli nie rozwinęło się następowe zapalenie jamy bębenkowéj, a rana w błonie bębenkowéj w krótkim czasie może się zagoić. Jako uszkodzenie ciężkie należy zaś w tych razach uważać pęknięcie blony bębenkowéj, jeżeli jużto utrata substancyi jest rozległa, już też rozwinęło się zapalenie ropne całéj błony bębenkowéj i błony śluzowéj ucha środkowego, tudzież jeżeli obok urazowego nadwerężenia błony bębenkowéj obrażony nie odbiera należytych wrażeń słuchowych od strojnika zetkniętego z kośćmi głowy. Krwotoki błony bębenkowéj, powierzchowne lub międzytkaninowe, w rzadkich tylko przypadkach mogą pociągnąć za sobą zapalenie blony bębenkowéj, zwykle zaś rychło ulegają wessaniu, nie mają więc zazwyczaj znaczenia pod względem sądowo-lekarskim.

2. Urazowe obrażenia jamy bębenkowéj. Tu należą przedewszystkiém krwotoki do jamy bębenkowéj, cechujące się podmiotowo uczuciem bolu lub silnego ciśnienia w uchu, mniéj lub więcéj upośledzonym słuchem (przewodnictwo kostne przy tém utrzymane lub wzmocnione) szumem w uszach, przedmiotowo zaś czerwonemi smugami na wewnętrznéj powierzchni błony bębenkowéj (jeśli nie jest chorobową ćmą), czasem jéj wypukleniem na zewnątrz. Przebieg jest zwykle pomyślny: wynaczyniona krew ulega wessaniu w ciągu kilku dni lub tygodni, niekiedy występują późniéj objawy nieżytu jamy bębenkowéj. Prócz krwotoków mają wstrząśnienia wywoływać także niekiedy następowe zapalenia błony śluzowéj ucha środkowego, być może skutkiem drobniutkich wynaczynionek lub nadwerężenia nerwów troficznych. (C. d. n.)

Zeissl: **O kile dziedzicznéj.**

Że z rodziców (ojca lub matki lub obojga), dotkniętych w chwili płodzenia zmianami kiłowemi, może przejść i przechodzi zakażenie kiłowe na płód, jest rzeczą aż nadto znaną. Nasuwają się tu wszakże inne jeszcze pytania, najprzód czy płód kiłowy pochodzący z ojca kiłowego może przenieść kiłę na matkę dotąd zdrową, a następnie, czy płód pochodzący z obojga rodziców zdrowych może się stać kiłowym skutkiem zarażenia matki podczas ciąży. Obudwom ostatnim możebnościom przeczy stanowczo Dr. Kassowitz, oponuje mu zaś Dr. Vajda i. i. Co do ostatniego punktu prof. Zeissl przytacza następujący przypadek, ogłoszony przez jego syna (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, Nr. 50 i 51): Mąż zaraził żonę będącą w 5 miesiącu ciąży, oboje dotąd byli zupełnie zdrowi a mąż nabył kiły dopiero w 2 miesiącu ciąży swéj żony; w 7 miesiącu żona okazywała objawy kiły ogólnéj, dziecko zmarło w 11 dni po urodzeniu na *pemphigus syphilit.* Możebność przeniesienia kiły ciężarnéj matki na płód dotąd zdrowy potwierdzają również Guibout, Desprès, Jullien, Basseraux i. i. Że kiła płodu udziela się również matce, czemu przeczy Kassowitz, znajduje poparcie w następujących okolicznościach: *a)* raz dopiero postrzeżono, że matka zaraziła się karmiąc własne dziecko kiłowe; *b)* Caspari matce na pozór zdrowéj po urodzeniu dziecka z kiłą dziedziczną (po ojcu) nie zdołał zaszczepić przyrzutu kiłowego. Nadto przytacza Zeissl przypadki, w których matki wśród ciąży nabywały kiły ogólnéj od płodu kiłą dotkniętego.

W ogóle można powiedzieć: 1) Jeżeli jedno z rodziców, a tém bardziéj oboje, w czasie płodzenia dotknięci są kiłą świeżą lub ukrytą, dziecko również bywa kiłowém; w rzadkich przypadkach rodzą się w tych warunkach dzieci zdrowe. 2) Jeżeli dziecko spłodzone zostało przez rodziców zdrowych a matka podczas ciąży uległa zarażeniu kiłowemu, to i płód może drogą krążenia łożyskowego być zarażonym. 3) Jeżeli kobieta zdrowa zapłodnioną zostanie przez mężczyznę kiłowego i nosi w sobie płód kiłowy, natenczas i

matka prawie bez wyjątku ulega zarażeniu kiłowemu, mianowicie pokazują się u niéj zazwyczaj objawy późnéj kiły. Czy w tym razie zarażenie to nastąpiło przez niezdrowe nasienie kiłowego mężczyzny, czy co prawdopodobniejsza, drogą krążenia łożyskowego, jak dotąd trudno rozstrzygnąć. (*Wien. Med. Wchschrft.* 1880. Nr. 4 i 5). *St. Sm.*

Wiadomości pomniejsze.

Burckhard. Szczepienie wewnątrzmaciczne. Matki dotknięte ospą rodzą dzieci okazujące ślady ospy. Spostrzeżenie to nasuwa myśl, iż gdy ciężarną zaszczepimy, to dziecko jéj posiadać będzie ochronę od wpływu krowianki. Za têm mniemaniem przemawiają spostrzeżenia na zwierzętach. Siedemset owiec zaszczepiono ospą owczą w ostatnich tygodniach ciąży a jagniętom ich próbowano zaszczepić takąż ospę w pierwszych 4—6 tygodniach ich życia. Szczepienie się nie powiodło, gdy przeciwnie ospa przyjęła się u 36 jagniąt, których matki nie były szczepione (Rickett, Roloff). Underhillowi nie udało się zaszczepić ospy u czteromiesięcznego dziecka, którego matka w 8 miesiącu ciąży była szczepioną. Burckhard w oddziale położniczym Bischoffa w Bazylei czynił w latach 1877 i 1878 doświadczenia pod tym względem. Szczepił on 28 ciężarnych, ale tylko dzieci ośmiu z nich służyły mu do doświadczeń. Doszedł on do następnych wyników: 1) Dzieci 4 ciężarnych szczepionych w końcu ciąży z pomyślnym skutkiem okazywały zaraz po urodzeniu ochronę od krowianki, u jednego z nich trwała ochrona ta jeszcze w 6tym miesiącu po urodzeniu. 2) Dwie ciężarne szczepiono ze skutkiem wątpliwym, u dziecka jednéj z nich szczepienie się nie powiodło, u dziecka zaś drugiéj krowianka się przyjęła. 3) U dwu ciężarnych krowianka się nie przyjęła, dziecko jednéj posiadało ochronę od krowianki, drugiéj zaś nie.

B. szczepił kilka kobiet ciężarnych wstrzykując im do tkanki podskórnéj krowiankę rozcieńczoną kroplą wody, nie nastawało ani oddziaływanie miejscowe ani zaburzenia ogólne, u dzieci dwóch z pośród ich liczby szczepienie krowianką się nie powiodło. B. czyni dalsze jeszcze badania. (*Deut. Archiv f. klin. Medicin.* T. XXIV). *K. Gr.*

ss) Bollinger ogłosił niedawno zapatrywanie, że krowianka zaszczepiona ciężarnéj udziela się również i płodowi, że zatém noworodki takie zabezpieczone już są od ospy. W téj myśli Dr. Gast szczepił przeszło 30 kobiet ciężarnych w 7 lub 8 miesiącu ciąży i przekonał się, że noworodki zachowywały się względem limfy krowiankowéj zupełnie tak samo jak dzieci, których matki podczas ciąży nie były szczepione; t. zw. szczepienie wewnątrzmaciczne Bollingera zatém nie ma podstawy. (*Berl. klin. Woch.* 1880 Nr. 5).

ss) Dr. Czarda poleca jodoform w przewlekłych zapaleniach ucha środkowego, opierając się na wypadkach leczniczych, jakie otrzymał u 21 chorych w klinice prof. Zaufala w Pradze. W przeważnéj liczbie istniało u chorych tych przedziurawienie lub zupełny brak błony bębenkowéj oraz obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowéj ucha środkowego. Po dokładném oczyszczeniu wnętrza ucha, C. wdmuchiwał co 3—4 dni za pomocą piórka połączonego z balonikiem nie wielką ilość sproszkowanego jodoformu do jamy bębenkowéj a gdy skutkiem tego po pewnym czasie wydzielina ropna stała się mniéj obfitą, zakładał również co 3—4 dni czopki bawełniane posypane jodoformem. Pod wpływem takiego lekowania przedewszystkiém wydzielanie ropy stawało się skąpszém, a po 1—4 tygodniach znikało zupełnie; zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowéj również ustępowało. Jodoform posiada tu przed azotanem srebrowym i hałunem tę zaletę, że nie drażni błony śluzowéj, że działanie jego ogranicza się ściśle do miejsca chorego i nie sprawia bólów. W celu usunięcia przenikliwéj woni jodoformu można dodać parę kropel olejku miętowego lub tp. (*Wiener mediz. Presse* 1880, Nr. 5).

ss) Wszelkie postacie puchliny brzusznéj podzielić można na: 1) charłaczą, 2) mechaniczną, 3) zapalną i 4) przyrody skomplikowanéj lub wątpliwéj. Prof. Hoffmann oznaczając ilościowo białko w cieczach puchlinnych brzusznych, dochodzi do następujących wypadków: ciecz puchlinna charłacza zawiera bardzo mało białka; skoro znajdziemy mniéj niż 1% białka, stanowczo wykluczyć można zmiany w otrzewnie lub żyle bramnéj. W przypadkach zaliczanych do postaci mechanicznéj (marskość wątroby, rak wątroby, niedrożność żyły bramnéj, rozedma płuc, wady sercowe) ilość białka waha się między 1.0 a 2.5%. W przypadkach skomplikowanych ilość białka zachowuje się bardzo rozmaicie, mianowicie opada w miarę potęgującego się charłactwa a podnosi się, gdy przyczyny zastoju się wzmagają. Najwięcéj białka istnieje w przypadkach zapalenia otrzewny (2.31—7.42%). Ciężar gatunkowy cieczy (1004—1024) pozostaje w prostym stosunku do ilości białka. (*Virch. Arch.* Tom 78.)

Dr. Meinel zamieścił w tomie IV *Archiv für oeffent. Gsndhtspflege in Elsass-Lothringen* artykuł o wartości dotychczasowéj statystyki powtórnego szczepienia (rewakcynacyi). Proponuje on w tym artykule aby zamiast, jak to zwykle ma miejsce, odpowiadania na pytanie czy szczepienie się przyjęło? odpowiadać na pytanie, jaki miało skutek powtórne szczepienie? Zdaniem jego należałoby rozróżniać przy rewakcynacyi: 1) czy nastała zupełna reakcyja, 2) czy téż reakcyja wystąpiła: *a)* w formie króst, *b)* guzków, *c)* plam, 3) czy też żadna reakcyja nie nastała. Podobna statystyka byłaby bardzo pożądaną, ale napotka na znaczne trudności w przeprowadzeniu. (*K. Gr.*)

ss) Z wykładu Dra Wertheimbera w Mnichowie podajemy następujące wyjątki dotyczące leczenia płonicy: kwas salicylowy i jego przetwory są jako środki przeciwgorączkowe w téj chorobie zupełnie bezużyteczne, a nawet i szkodliwe, gdyż według Steffena i Soltmanna u ludzi zdrowych sprawiają przekrwienie nerek, zmniejszają wydzielanie moczu a mogą wywołać i białkomocz. Z wewnętrznych środków przeciwgorączkowych najlepszym jest chinin (0.5—0.8) podawany w godzinach popołudniowych; działanie chininu ma zarazem znaczenie prognostyczne, gdyż tylko w bardzo złośliwych postaciach szkarlatyny środek ten nie obniża gorączki. Z dobrym skutkiem używa W. wilgotnych zawijań, odnawianych co 15 minut, dopóki ciepłota nie obniży się o 1° C.; radzi do tego używać wody o ciepłocie 16—20° R. Natryski zimne poleca tylko przy istniejącéj śpiączce lub majaczeniach szałowych, skoro tylko czynność serca nie jest bardzo osłabioną. Obok zabiegów hydroterapeutycznych zachwala równoczesne stosowanie środków pobudzających i drażniących, jak kamfora (0.03—0.06 co 2 godz.) olejek kamforowy (podskórnie co 2—3 godz. ½—1 strzykawki), mocna czarna kawa, szampan itp.

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie III zwyczajne z d. 4 lutego 1880 r.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 21 i Dr. Tarchalski jako gość.

1. Sekretarz doroczny odczytał odezwę sekcyi żółkiewskiéj Tow. lekarzy galicyjskich, zapraszającą do prenumeraty na portret protomedyka Dra Biesiadeckiego

2. Kol. Lustgarten odczytał opis osobliwszego przypadku chorobowego przez siebie obserwowanego w praktyce prywatnéj. Przebieg cierpienia był tego rodzaju, że stanowczo niepodobném było rozpoznać chorobę. (Opis ten będzie umieszczonym w Przeglądzie).

Odczyt ten wywołał dosyć żywą dyskusyję: Kol. Pieniążek przypuszcza w tym przypadku z wielkiém prawdopodobieństwem jakąś sprawę zapalną mózgu, która dłuższy czas się utrzymywała i pod wpływem różnych czynników kolejno ustępowała i na nowo się wzmagała. Opisane przez kol. Lustgartena objawy przemawiałyby albo za *Meningitis recidiva*, albo za *Encephalitis* w ograniczoném miejscu jednéj półkuli mózgowéj Ostatnie zwłaszcza cierpienie nie pociąga za sobą często przez długi czas porażeń, może się przeciągać lata a występuje wtedy z groźniejszemi objawami, gdy pewne szkodliwe wpływy wywołają miejscowe przekrwienie. Kol Kwaśnicki przytacza z swéj praktyki podobny przypadek, w którym z początku rozpoznał zimnicę złośliwą *(malaria)*. Napady wszakże gorączki nie ustępowały żadnemu leczeniu i gdy już wyczerpano wszystkie środki przeciwzimnicze, wystąpiły po kilku miesiącach drgawki, nadczułość wielka w okolicy rdzenia, bóle w okolicy jajników, wreszcie miejscowa bezczułość. Kol. Kwaśnicki podziela zdanie prelegenta, że miał do czynienia z chorobą nerwową a prawdopodobnie tak jak w jego przypadku z hysteryją. Kol. Pissek przypuszcza w opisanym przypadku przewłoczne zapalenie opon mózgowych, objawy przez prelegenta opisane porównywa z objawami występującemi w *Pachymeningitis haemorrhagica interna* jakoteż w *Meningitis cerebrospinalis chronica* i skłania się do rozpoznania ostatniego cierpienia, dodając, że w niém nie zawsze zmianom anatomicznym odpowiadają ogólne objawy. Kol. Ponikło nie ośmiela się stanowczego podać w tym przypadku rozpoznania, zwraca jednak uwagę na to, że przy *Meningitis cerebrospinalis* nigdy nie brak wprawdzie zwyczajnego ale i bardzo cechującego objawu, jakim jest ból głowy, którego w przypadku opisanym nie było, dla tego tak jak kol. Pieniążek przypuszcza raczéj *Encephalitis*. Kol. Pieniążek wykluczając *Meningitis basilaris* z powodu braków objawów porażenia, a *Meningitis convexitatis* z powodu braku bólu głowy i nie zajęcia *sensorium* przytacza za *Encephalitis* przemawiające jeszcze okoliczności: że proces rozwijał się przez cały miesiąc, trwał miesięcy dziesięć a polepszenia kolejne przypisać należy, zdaniem jego, ustępowaniu lub zmniejszaniu się przekrwienia obocznego. Kol. Warschauer, który chorą razem z kol. Lustgartenem obserwował, oświadcza, iż przypuszczał z początku zaraz proces zimniczy złośliwy *(Malaria)* a to z tego powodu, że choroba zaczynała się od wyraźnéj zimnicy, towarzyszył jéj stale obrzęk i bolesność śledziony a w pierwszych trzech napadach nie było żadnych przypadów mózgowych i dopiero w czwartym wystąpiło nie zbyt wybitne porażenie twarzowe, co mogło być tylko powikłaniem choroby. Utratę chwilową słuchu przypisuje kol. Warschauer z jednéj strony temu, że chora już dawniéj cierpiała na *Otitis*, a z drugiéj wielkim dawkom chininu. Kol. Jurowicz nakoniec był zdania, iż stanowczo u téj choréj duru wykluczyć nie można. Kol. Lustgarten odpowiedział na poczynione uwagi uzupełniając w ten sposób opis odczytanego przypadku.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

VI. O błonicy *(diphtheritis)* panującej nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Naostatek czwarte spostrzeżenie. W lutym 1878 r. leczyłem siedmioletnią dziewczynkę dotkniętą płonicą *(scarlatina)*, choroba miała przebieg prawidłowy, ale w okresie zdrowienia wystąpił krwotok z nerek, maleńka pacyjentka zmizerniała, powoli jednak zaczęła przychodzić do siebie. Parę tygodni niewidziałem jéj wcale, wezwany znowu zastałem dziecko gorączkujące, nieprzytomne, a całe gardło (migdałki, języczek, fałdy miękkiego podniebienia) wysłane nalotem błonicowym. Pacyjentka nieopuszczała wcale łóżka w ciągu poprzednich 8 tygodni, znajdowała się w warunkach dobrych, cierpienia przebyte wcale nie wycieńczyły ustroju, w dzielnicy téj błonica nie panowała, co więcéj pięć osób starszego i młodszego jéj rodzeństwa cieszyło się pożądanym stanem zdrowia. Chora po dwóch tygodniach przyszła do siebie, choć dyfteryja z dławcowéj przeobraziła się w formę septyczną. Po długiém śledzeniu doszukałem się przyczyny choroby oto: jedna z sióstr owéj dziewczyny uczęszczała do miejscowéj szkoły, obok niéj siedząca koleżanka uległa błonicy, chorą już będąc nieopuszczała nauki, wkrótce też życiem przypłaciła swoję gorliwość. Otóż siostra choréj pacyjentki mogła na swojéj odzieży przynieść wydzieliny błonicowe i niemi ją zarazić, a właśnie ona najczęściéj bawiła się z ową chorą. Dodamy na końcu, że nikt więcéj z rodziny nie uległ rzeczonéj niemocy. Otóż tyle. Przytoczone tu przypadki z pewnym celem zaregestrowaliśmy: o zaraźliwości dyfteryi nikt u nas nie wątpi, ale o zachowaniu należytych ostrożności często zapominamy, a wyżéj podane szczegóły uczą nas, że i największa przezorność nie jest wcale zbyteczną.

Mimo woli nasuwa się pytanie, jak się błonica objawiała u nas, w danéj rodzinie, w daném obejściu, przez kilka rodzin zamieszkałém, w danéj wreszcie ulicy. Znajdujemy na to wszystko odpowiedź w notatkach przez nas układanych podczas ostatniéj epidemii w Kamieńcu.

Zwykle mały chłopak albo dziewczyna wnosili zarazę pod strzechę rodziców ze szkoły, ze spaceru, albo od sąsiadów, u których już błonica istniała. Naturalnie około chorego koncentrowała się uwaga wszystkich, inne dzieci, „niby“ oddzielano. (Mówimy o pierwszych chwilach wybuchu epidemii, bo obecnie izolacyi, zwłaszcza w klasach wykształceńszych, przestrzegają z całą ścisłością, doświadczenie bowiem przekonało, że przestrogi lekarzy, przynajmniéj pod tym względem, mają smutną racyję bytu). Mały pacyjent, po walce z zabójczą chorobą albo wychodził zwycięzko, albo padał jéj ofiarą; jeszcze wszakże niedokonano obrzędu pogrzebowego, kiedy się drugi nastręczał przypadek w témże otoczeniu, ku końcowi trwania choroby tego drugiego występował trzeci itd., dopóki starczyło materyjału. Otóż w rodzinach podobnych, gdzie przyrzut panował dwa albo trzy tygodnie, lekarz znajdował często wszystkie formy choroby: u doroślejszych było to nieżytowe zapalenie gardła *(angina catarrhalis)*, u innych wrzodzikowe *(ang. pustulosa)*, jeszcze u innych nieżyt błonicowy, nakoniec u jednego albo dwóch osób dyfteryja wykształcona należycie, więc błonicowa albo septyczna. Spotykaliśmy rodziny, szczególnie pod tym względem nieszczęśliwe: tak na przykład owa mimowolna krzewicielka błonicy na Polskich folwarkach, o któréj wyżéj wspomniano, z jedném dziecięciem wyniesioném z pogromu przenosiła się z miejsca na miejsce; po półtorarocznêm troskliwém czuwaniu uspokajać się zaczęła, wątłe przed tém dziecko rozrosło się i skrzepiło, aliści błonica zmiotła je w ciągu 48 godzin. Czasem dyfteryja wybierała jednę osobę z rodziny, ta umierała, a reszta zostawała nietkniętą. Zdarzało się, że w domu obok siebie mieszkały dwie familije, jedna napastowana od choroby, druga wolna od niéj zupełnie.

Czasem wszakże błonica całe opanowywała obejścia

Tak na przykład w Rynku głównym naszego miasta znajduje się ubogi zajazd, bo go hotelem nazwać nie można: od frontu na dole kilka magazynów, na górze kilka więcéj niźli skromnych numerów, na tyłach mieszkają stale trzy ubogie izraelskie rodziny. Otóż w kamieniczce téj zatrzymywali się chorzy dotknięci dyfteryją z sąsiedniéj wioski Mukszy nad Dniestrem przybywający po poradę lekarską. Możecie już z tego wnioskować, jak strasznie musiała grasować błonica w rzeczonéj osadzie, wiele osób pochłonęła, kiedy w końcu zniewoliła kmiecia przywędrować do miasta i szukać pomocy; niestety, niewielką ztąd wiarę wynieśli pacyjenci i ich rodziny, chorych zwykle przywożono zapóżno, umierających zabierano do domu. Wszyscy oni mieszkali czasowo w dwóch ciemnych izbach zajazdu namienionego; łatwo się domyśleć, że po odjeżdżających nie oczyszczano należycie mieszkania, błonica więc rozszerzyła się w całém obejściu, kilkanaście osób na nią przechorowało, cztery z nich padło ofiarą zapomnienia kardynalnych środków ostrożności. Dodamy nawiasem, że w dwóch sąsiednich zajazdach nie było ani jednego przypadku błonicy.

Mieliśmy tu wszakże i ulice, szczególnie przez chorobę umiłowane, chociaż pod względem higijenicznym należały one do wcale zdrowych. Zwłaszcza pamiętną nam jest wzgórzysta mała przecznica, po za gimnazyjum znajdująca się; cztery obejścia leżą po jednéj, a cztery po drugiéj jéj stronie. Otóż w ciągu półtora roku grasowała tu błonica nieustannie. Pierwszy przypadek miał miejsce w drugim domu na prawo, dziewięcioletnia dziewczynka zapadła na błonicę dławcową, wyzdrowiała, ale w okresie rekonwalescencyi uległa porażeniu gardziela, które ją nękało około trzech miesięcy; z dziesięciu osób z nią w tym domu zamieszkałych, jedna tylko matka choréj uległa zapaleniu wrzodzikowemu gardła, a ciotka jéj nieżytowi gardła. Stało się to w listopadzie 1877 r., w miesiąc późniéj w drugim i trzecim domu na lewo (jedno obejście), gdzie mieszkały dwie rodziny, nadto znajdował się konwikt z 12 uczniów (razem osób 20), wystąpiło pięć przypadków nieżytowego zapalenia gardła, jeden wrzodzikowego, cztery nieżytu błonicowego i jeden błonicy dławcowéj u 18-letniego młodzieńca, ten po wyzdrowieniu wyniósł się z konwiktu do innéj dzielnicy. Na początku 1878 r. zajęła błonica dom czwarty na prawo, małą chatkę, którą rodzina izraelska z pięciu osób złożona zajmowała, otóż dziewczynka czteroletnia dostała dyfteryi (forma septyczna) i we 48 godzin umarła. Z wiosną zagościła choroba w trzecim domu na prawo, i to tylko w dolném piętrze, nie mającém żadnéj komunikacyi jak z górném, tak i z oficynami (obie te kondygnacyje wolne były od choroby). Na dolném piętrze mieszkały dwie rodziny (osób 9); w jednéj z nich chłopiec 14-letni dostał błonicy nieżytowéj, siostra jego 7-letnia błonicy septycznéj, tamten wyzdrowiał, ta umarła. Najgroźniéj wszakże objawiła się zaraza w czwartym domku na lewo: w apartamencie o trzech niewielkich pokoikach mieszkała młoda jeszcze niewiasta z pięciorgiem dzieci (lat 16, 10, 8, 7, 1½) i jedną służącą; najprzód zaniemógł chłopiec drugi z rzędu, umarł we dwie doby, z kolei za nim poszło trzecie i czwarte dziecie (na błonicę septyczną); biedna kobieta z dwojgiem innych i ze służącą przeniosła się do hotelu, tutaj umarło niemowle przy piersi będące, najstarsza córka i sługa szczęśliwie przebyły dyfteryję nieżytową; a w końcu zachorowała i sama matka, forma choroby była dość łagodna, ale miała za następstwo porażenie gardziela i porażenie odnóg dolnych wraz z pęcherzem, trwające około sześciu tygodni. Tak więc z 8 domów wypełniających uliczkę zostały dwa wolne od zarazy, nie nadługo, w pierwszym na lewo (4 mieszkańców) 12-letni chłopiec przebył bardzo ciężką dyfteryję, mianowicie formę zgorzelinową, jedyny przypadek w naszéj praktyce zakończony szczęśliwie, choć rekonwalescencyja ciągnęła się kilka miesięcy, do czego się przyczyniło i porażenie gardziela. W pierwszym domu na prawo (mieszkańców 8) dwoje dzieci uległo nieżytowemu zapaleniu gardła, ale ta rodzina wyniosła się do innéj dzielnicy i może tylko temu zawdzięczała swoje ocalenie. Zsumujmy cyfry podane wyżéj: na 63 osoby osiadłe w jednéj uliczce naliczyliśmy 27 przypadków cierpienia gardła, albo 44%, z nich 6 umarło (więc prawie 10% w stósunku do zdrowych a 24% w stósunku do chorych), nadto jako następstwo mieliśmy trzy razy porażenie, co się zaś tyczy form patologicznych wszystkie, poczynając od prostego nieżytu aż do błonicy zgorzelinowéj, miały tu swoich reprezentantów. A jednak miejscowość ta, powtarzamy raz jeszcze, dość zdrowa, ulica pochyła, spad ma stromy, domy okolone zielenią, a nawet ogródkami, na przeludnienie uskarżać się niemożna, a tyle ofiar! Jednocześnie panowała błonica i w obejściach w okolicy tego zakątka położonych, ale i znacznie słabszą była i niezajmowała wszystkich kolejno, jak to tutaj miało miejsce.

Dr. Antoni Józef Rolle.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Statystyka samobójstw w Czechach. W ciągu 8 lat ostatnich liczba samobójstw w Czechach podwoiła się; w r. 1878 było przypadków 1157 (w 1871 tylko 551); na płeć męzką przypada 81%, na żeńską 19%. Co do rodzaju i sposobu, w jaki samobójstwa się odbyły, wykazują urzędowe cyfry: 599 przyp. przez powieszenie się (518 mężczyzn, 81 kobiet), utopienie się 266 (165 mężczyzn, 101 kobiet), z broni palnéj 203 (201 mężczyzn i 2 kobiety), przez otrucie 81 (44 mężczyzn i 37 kobiet), z ran ciętych 2, pod kołami wagonów 6 (4 m. i 2 k.)

* Statystyka śmiertelności z chorób zakaźnych w Pradze: W r. 1879 przypadło na 100 zmarłych w Pradze: Z duru brzusznego 2·1%, z ospy 1·5%, dyfteryi 1·3%, z ropnicy 0·9%, płonicy 0·8%, czerwonki 0·7%, z gorączki połogowéj 0·5%, z róży 0·2%. Na suchoty płucne przypada 24%, śmiertelność dzieci wynosi 24·5% (*Berl. klin. Wchft* Nr. 6.)

(*K. G.*) Koszta epidemii dżumy. Wydatki, które ponieść musiało państwo rosyjskie celem przerwania komunikacyi z resztą Europy z powodu wybuchu epidemii dżumy, wynoszą do 2.000.000 franków, z tego przypada 100.000 fr. na kordony i kwarantany, 60.000 fr. na straż nad Wołgą w miejscach podejrzanych i na środki celem odosobnienia tychże; 250.000 fr. na pensyje dla lekarzy i urzędników; 90.000 fr. na leki itp. Większą część wydanéj kwoty pochłonęły wydatki na wynagrodzenie posiadaczy zniszczonych własności, przewóz wojska itd. Wydatki te odnoszą się tylko do czasu od stycznia 1879, tj. kiedy jenerał Loris Melików mianowany został gubernatorem gubernii astrachańskiéj, saratowskiéj i samarskiéj, aż do kwietnia, gdy wszelkie niebezpieczeństwo ustało. (*Rev. d'hyg.)*

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 4 złagodniała w Londynie. Zapadło 8, umarło 3, leczyło się w szpitalu 84. Bardzo się rozszerzyła w Bukareszcie, gdzie umarło 61, i w Paryżu, gdzie umarło 68. Również i w Madrycie silna panuje ospa, gdzie umarło 19. W Wiedniu umarło 10, w Budapeszcie 6, w Odessie 3, w Pradze i Petersburgu 5, w Barcelonie 11. Odra złagodniała w Kopenhadze, Londynie, Liverpolu; płonica nie zmieniła się w Londynie i Bukareszcie. Dur brzuszny złagodniał w Petersburgu i Barcelonie; z duru osutkowego umarło w Petersburgu 19, z duru powrotnego 17, krztusiec panuje w Londynie. W tygodniu 5 umarło w Krakowie 7 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, a doniesiono o 9 przypadkach ospy (Zwierzyniecka l. 30, Kopernika l. 29, Piekarska?,

Kazimierz?, Podwale 82, Podgórze, 3 w wojsku); 1 ospicy (Podgórze); 1 płonicy (Bracka l. 164); 1 duru brzusznego (Piekarska?), 9 zimnicy (w wojsku), 1 czerwonki (koszary Rudolfa).

Statystyka epidemij. W 5 tygodniu ospa w Londynie nie rozszerzyła się bardziéj. Zapadło 22, leczyło się w szpitalach 80, umarło 11. W innych miastach łagodniejszy miała przebieg. W Wiedniu umarło 1, w Barcelonie 9, w Bukareszcie 31, w Paryżu 56, w Petersburgu 4, w Paryżu 8. Odra złagodniała w Liwerpolu i Kopenhadze, podobnież płonica w Bukareszcie. Gorączka tyfusowa częstsza w Paryżu i Petersburgu, dur powrotny w Petersburgu złagodniał, z duru powrotnego umarło w Wenecyi i Bukareszcie po 1, w Londynie 3, w Petersburgu 18. Krztusiec szerzy się w Londynie, gdzie umarło w 5 tygodniu 193 dzieci. W tygodniu 6 umarło w Krakowie 10 z ospy i 1 z duru brzusznego a doniesiono w tymże czasie o 9 przypadkach ospy (z ul. Krupniczéj l. 15, z ul. Górnych Młynów l. 122, z ul. Skawińskiéj l. 37 i 6 w wojsku); 1 ospianki z ul. Krupniczéj l. 15); 1 płonicy (ze Zwierzyńca); 1 dławca (z Rynku l. 32); 2 krztuśca z ul. św. Gertrudy i z Grzegórzek); 1 duru brzusznego (w szpitalu św. Łazarza); 7 zimnicy (w wojsku).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 4 umarło na 1000 i rok w Krakowie 41,6; we Lwowie 39,2; w Warszawie 26,7; w Poznaniu 22,2; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 36,8; w Pradze 37,2; w Tryjeście 34,8; w Berlinie 26,4; w Wrocławiu 20,7; w Mnichowie 34,9; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 24,5; w Bazylei 26,5; w Brukseli 28,1; w Paryżu 33,5; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 28,9; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 12,6; w Petersburgu 44,7; w Odesie 34,2, w Wenecyi 44,4; w Bukareszcie 51,0; w Barcelonie 43,6; w Nowym Yorku 24,3; w Bombayu 34,5;

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 5 umarło na 1000 i rok w Krakowie 37,6; we Lwowie 37,1; w Warszawie 19,7; w Poznaniu 17,4; w Wiedniu 27,0; w Pradze 38,5; w Tryjeście 15,5; w Berlinie 24,9: w Wrocławiu 25,2; w Mnichowie 34,0; w Dreźnie 21,5; w Lipsku 27,6; w Bazylei 44,9; w Brukseli 21,7; w Londynie 31,3; w Paryżu 34,1; w Kopenhadze 22,6; w Stokholmie 13,7; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 48,1; w Odesie 38,3; w Wenecyi 42,2; w Bukareszcie 42,4; w Barcelonie 37,8; w Nowym Yorku 24,1; w Bombayu 34,8; w Madrasie 37,9.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 lutego. Komitet szpitalny tutejszy po dwakroć udał się był do Wydziału krajowego z żądaniem polecenia miastu urządzenia osobnego szpitala dla chorych na ospę. Z tego powodu zjechali tu przed kilku dniami z polecenia Namiestnictwa protomedyk Biesiadecki, a z ramienia Wydziału krajowego Dr. Hoszard, celem zbadania téj sprawy na miejscu. Znalazłszy w szpitalu św. Łazarza 10, a w szpitalu św. Ludwika 2 chorych na ospę, przekonawszy się następnie, że od d. 18 stycznia przybyło zaledwie 7 chorych, nie uznali potrzeby urządzenia osobnego szpitala, lecz zgodzili się na to, aby i nadal w szpitalu św. Łazarza przeznaczono 2 sale (mieszczące w sobie po 10—14 łóżek) dla chorych na ospę płci obojéj: sale te mają być odosobnione od reszty sal, mają mieć osobną służbę oraz zaopatrzone będą w napis, że służą dla chorych na ospę.

(?) Przypadkiem byliśmy świadkami, jak jeden z sekundaryjuszów szpitala św. Łazarza przygotowywał istne stosy półarkuszowych blankietów z napisem „opinija lekarska.“ Na zapytanie, w jakim to czyni celu, odrzekł, że według najnowszego rozporządzenia Wydziału krajowego obowiązany jest lekarz ordynujący już z końcem 6go tygodnia wydawać opinije, jeżeli chory ma dłużéj pozostać w szpitalu, a ponieważ większa część chorych rzeczywiście dłuższego potrzebuje czasu do leczenia się w szpitalu, więc ztąd pochodzą owe stosy blankietów.

Rzeczywiście zatrudnienie to godne doktora wszech nauk lekarskich! Jeżeli tak daléj pójdzie, wypadnie przyjąć pisarzy do szpitala a nie lekarzy, gdyż zdaje się, że czynności manipulacyjne mają większą wagę, aniżeli leczenie chorych. Dotąd wolno było lekarzowi trzymać chorego na oddziale bez tłumaczenia się przez 3 miesiące; ograniczenie to jest rzeczywiście potrzebném dla samych lekarzy, aby się pozbyć mogli przypadków chronicznych, które zajmują miejsce potrzebniejsze dla innych chorych; z drugiéj strony termin 3-miesięczny jest dostateczny do ocenienia, czy chory jest uleczalny lub nie. Żądać atoli od lekarza tłumaczenia się z powodu każdego przypadku, który nad 6 tygodni jest leczony, znaczy szafować wcale nieodpowiednio czasem i trudem, któryby mógł być wyzyskiwany nierównie lepiéj. Spodziewamy się, że Dyrekcyja tutejszego szpitala przekonawszy się o szkodliwym wpływie takiego biórokratyzmu, zechce postarać się o jego usunięcie.

* Kol. docent Pareński donosi nam, że wyboru na zastępcę przewodniczącego Komisyi balneologicznéj nie przyjął.

* **Mianowania i odznaczenia.** Referent spraw lekarskich w Bernie morawskiém Dr. Wilhelm Pissling zamianowany został referentem spraw lekarskich przy namiestnictwie w Pradze. — Prof. Broca wybrany został senatorem francuskim.

* **Wiadomości osobowe.** W d. 9 bm. otrzymali stopień doktorów w. n. lek. na Uniw. Jagiell. pp. Władysław Antoni Gluziński z Sompołna w Król. Polskiém i Władysław Piaskiewicz z Czernolicy w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 20 grudnia r. z. umarł w Chęcinach w Król. Polskiém lekarz miejski Edward Jagielski w 29tym roku życia, zaraziwszy się durem (*Medycyna*).

W Paryżu zmarli: Dr. Lemaire dawniejszy asystent prof. Bouillauda, prof. chemii Baudrimont i młodziutki praktykant szpitalny Reverdy, ostatni skutkiem zarażenia się dyfteryją na oddziale Dra Bouchuta.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 6: Heringa: O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych; (c. d.); Malinowskiego: Kilka słów o leczeniu błonicy ogólném i miejscowém. — *Gazeta Lekarska* nie dochodzi nas. — W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 3: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. BEAUNIS H. Nouveaux éléments de physiologie humaine. 2. éd. avec figures 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 20.

— et A. BOUCHARD. Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie. 3. éd. av. fig. gr. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. cart. Fr. 20.

BLANCHIER P. A. Recherches expérimentales sur l'action physiologique du salicylate du soude. gr 8. Paris, Doin. Fr. 3½.

Chirurgie Deutsche. Hrsg. v. Billroth u. Luecke. M. Taf. u. Holzschn Lfg. 10 u. 14. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 4·80.

COLIN L. De la Fièvre typhoide dans l' armée franç. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 4.

DUCHAMP V. Étude sur l'amputation de Chopart. 8. Paris, Baillière et fils Fr. 3½

DUVAL M. Cours de physiologie. 4. éd. av. fig. 18. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 8.

ERISMANN F. Gesundheitslehre f. Gebildete aller Stände. 2. Aufl. Hrsg. v. A. Schuster. 8. München, Rieger. M. 3.

FONSSAGRIVES J. B. Therapeutique d. l. phthisie pulmonaire. 2. éd. 8. Paris, J. B Baillière et fils. Fr 9.

GILDEMEISTER J. Die Städtereinigungsfrage u. ihre sanitäre u. wirtschaftl. Lösung in Bremen. gr. 8. Bremen, Kühtmann et Co. M. 1·20.

GURLT E. Neue Beiträge z. Geschichte d. internation. Krankenpflege im Kriege. 8. Berlin, C. Heymann's Verl. M. 1.

HAMMOND W. A. Fasting Girls: Their Physiology and Pathology. 16. New York. sh. 4.

HAESER H Zur Geschichte d. medicinischen Fakultät Greifswald. gr. 8. Breslau, Schletter. M. 80.

HOLDEN L. and J. LANGTON. Manual of the Human Body. Illustr. with numerous Wood Engravings. 4. ed. 8. London, Churchill. sh. 16.

HUSSON C. Le Café, la bière et le tabac. Étude physiol. et chim. 12. Paris, Asselin. cart. Fr. 3½.

KRAUSE C. F. T. Handbuch d. menschl. Anatomie. 3. Aufl. Neu bearb. v. W. Krause. Bd. gr. 8. Hannover, Hahn. M. 22.

KRIEGER. Aetiologische Studien. M. 25. Tab. 2. Ausg. gr. 8 Strassburg, Trübner. M. 10.

LITTEN M. Untersuchungen üb. d. haemorrhagischen Infarct. M 1 Taf. gr. 8 Berlin, Hirschwald. M. 3·60.

MAUTHNER L. Vorträge a. d. Gesammtgebiete der Augenheit kunde. 4 Hft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann, M· 2·40.

MUSGRAVE de. Étude sur la contagiosité de la phthisie pulmonaire. 8. Paris, Delahaye. Fr. 2½.

REDARD P. De la Section des nerfs ciliaires et du nerf optique. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3½.

SAMUELO. Ueber natürlichen Tod u. abnorme Todesarten. 1 Thl. gr. 8. Berlin, Enslin. M. 1·20.

SCHAUENBURG C. H. Handbuch d. öffentl. u. privaten Gesundheitspflege. 2. Ausg. gr. 8. Berlin, Th. Hofmann. M. 6.

SELTZ F. Diphtherie u. Croup. 2. Ausg. gr. 8. Berlin, Th. Hofmann. M. 9.

SMITH P. Glaucoma: Its Causes, Symptoms, Pathology, and Treatment. With Lithographic Plates. 8. London, Churchill. sh. 10½.

THOLOZAN J. D. Les Trois dernières épidémies de peste du Caucase. 8. Paris, Masson. Fr. 2.

THOMAS P. Des Méthodes, etc. pour pratiquer l'embryotomie dans les cas de présentation de l'épaule. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3½.

Untersuchungen a. d. physiol. Institute d. Univers. Heidelberg. Hrsg. 8. W. Kühne. 3. Bd. 1. u. 2. Hft. M. 2 Taf. u. 7 Holzschn. gr. 8. Heidelberg. C. Winter. M. 8·80.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 18go lutego rb. tj. we Środę o godzinie 5tej popołudniu w sali Akademii Umiejętności, posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Obaliński będzie miał już na przeszłém posiedzeniu zapowiedziany wykład o swych własnych doświadczeniach nad przetoczeniem *(transfusio)* krwi do jamy otrzewnowéj a kol. prof. Oettinger uczyni wniosek względem podania petycyi za utworzeniem Izb lekarskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Leśnia.